



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
Πτυχιούχου Τμήματος Νοσηλευτικής

**«ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία

ΛΑΡΙΣΑ 2012

ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

**«ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία

**Υποβλήθηκε στο μεταπτυχιακό Πρόγραμμα
«Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία (Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας)

Γκούβα Μαίρη (Ψυχολόγος, Επίκουρος Καθηγήτρια, ΤΕΙ Ηπείρου)

Παραλίκας Θεοδόσης (Καθηγητής Εφαρμογών ΤΕΙ Λάρισας)

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
Ευχαριστίες.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	9
Εισαγωγή.....	9
1.2. Η έννοια της Φροντίδας	21
1.3. Θεωρίες της Φροντίδας στην νοσηλευτική εκπαίδευση	22
Απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα	26
ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	28
Μελέτη για την άποψη των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα στην Τουρκία	28
Επικοινωνία	30
Συμπόνια	30
Άνεση	30
Ενδιαφέρον	31
Τεχνική δεξιότητα	31
Μελέτη της άποψης των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα με τη χρήση Καταλόγου Διαστάσεων Φροντίδας	34
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	40
ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ	41
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	41
Δείγμα της μελέτης.....	42
Η ανάλυση των φαινομενολογικών στοιχείων	42
Αποτελέσματα	45
Φροντίδα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς	45
Η νοσηλευτική φροντίδα ως ποιότητα	48
Η νοσηλευτική φροντίδα ως ασφάλεια	50
Η νοσηλευτική φροντίδα ως επικοινωνία.....	51
Η νοσηλευτική φροντίδα ως εμπιστοσύνη	53
Η νοσηλευτική φροντίδα ως αγάπη	53

Η νοσηλευτική φροντίδα ως βοήθεια	54
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	66
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ.....	66

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τίτλος εργασίας: Πώς αντιλαμβάνονται οι φοιτητές της νοσηλευτικής την έννοιας της φροντίδας.

Εισαγωγή: Η φροντίδα αποτελεί βασικό, κυρίαρχο και αναπόσπαστο κομμάτι των επαγγελματιών υγείας. Η έννοια της φροντίδας εμπεριέχει την προσωπική και υποκειμενική εμπλοκή με τον ασθενή, που είναι απαραίτητη για την κατάλληλη προσέγγιση και εφαρμογή των αντικειμενικών γνώσεων και δεξιοτήτων

Μέθοδος και υλικό: Ακολουθήθηκε η ποιοτική μέθοδος έρευνας με συνεντεύξεις με ανοικτού τύπου ερωτήσεις σε 30 φοιτητές της νοσηλευτικής. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της περίληψης κατά τη μέθοδο του Mayring. Σκοπός της ανάλυσης είναι να μειωθεί ή ελαττωθεί το υλικό έτσι ώστε να παραμείνει το ουσιαστικό περιεχόμενο, δια μέσου της αφαίρεσής του να δημιουργηθεί ένα ξεκάθαρο και σαφές σώμα, το οποίο αποτελεί εικόνα του βασικού υλικού.

Αποτελέσματα: Οι φοιτητές της νοσηλευτικής αντιλαμβάνονται την έννοιας της φροντίδας ως ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, ως ποιότητα, ως ασφάλεια, ως επικοινωνία, ως εμπιστοσύνη, ως αγάπη και ως βοήθεια, αποτελέσματα ανάλογα με αυτά παρόμοιων διεθνών μελετών.

Συμπεράσματα: Το μεγαλύτερο έτος των σπουδών και οι άρρενες είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μια πιο ασθενοκεντρική και ιατροκεντρική άποψη για την φροντίδα και ένα μηχανιστικό πρότυπο για τη νοσηλευτική. Τα αποτελέσματα αυτά θα μπορούσαν ίσως να χρησιμοποιηθούν για την ριζική αναθεώρηση της ιατροκεντρικής κατεύθυνσης των νοσηλευτικών σπουδών.

ABSTRACT

Thesis: How nurse students perceive the concept of nursing care

Introduction: Care is an essential, sovereign and integral part of health care professions. The concept of care includes the personal and subjective involvement with the patient, which is necessary for the proper approach and application of knowledge and technical skills.

Method and material: We conduct a qualitative method of research interviews with open- ended questions to 30 nurse students. Data analysis was made by using Mayring method of analysis. The purpose of such an analysis is to reduce the material in order to remain only the important elements, by means of abstraction.

Results: Nursing students understand the concept of care as meeting needs, as quality in nurse giving, as communication, as trust, as love and as help, results similar to those of international studies.

Conclusions: The bigger the year of study and male sex had a higher rate and a more patient-oriented and medical- oriented view of care and a more mechanistic model of nursing. These results could perhaps be used for a radical revision of the false direction of nursing studies.

Ευχαριστίες

Με την περάτωση του μεταπτυχιακού μου, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, *Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία*, Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας, που επέβλεψε όλο αυτό το χρονικό διάστημα την εργασία μου.

Οι συμβουλές της και η καθοδήγησή της υπήρξαν καθοριστικές για την ολοκλήρωση της.

Επιπροσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. *Παραλίκια Θεοδόση*, Καθηγητή Εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Λάρισας, μέλος της τριμελούς επιτροπής, για την πολύτιμη βοήθεια και τις πληροφορίες που μου προσέφερε καθώς και για το χρόνο που μου αφιέρωσε κατά τη διάρκεια της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ την κ. *Γκούβα Μαίρη*, Ψυχολόγο, Επίκουρη καθηγήτρια Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, μέλος της τριμελούς επιτροπής, για την συμβολή της στην εκπόνηση της εργασίας μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί τον κύριο άξονα οργάνωσης μιας βάσης εξαρτημένων μεταβλητών, οι οποίες και αφορίζουν αυτή την φροντίδα μέσα από ένα πρότυπο οργάνωσης, διαχείρισης και αποτελεσματικότητας των οποιοδήποτε παροχών. Η ποιότητα στην καθημερινή πρακτική προσδιορίζεται από την εφαρμογή αποδεκτών πρωτοκόλλων εργασίας και τη διάσταση που εκλαμβάνει ο ασθενής, η οποία μετριέται με την διερεύνηση των στοιχείων ικανοποίησης.

Οι κατευθυντήριες αρχές της ποιότητας στη φροντίδα υγείας βασίζονται στα δικαιώματα των ασθενών, στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, στην αλληλεγγύη και στην ελευθερία επιλογής.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της έννοιας της αντίληψης της φροντίδας, ανάμεσα σε φοιτητές της νοσηλευτικής και η καταγραφή της.

Για τη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών της νοσηλευτικής αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα, η εργασία χωρίστηκε σε δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό.

Το θεωρητικό μέρος αυτής αναπτύχθηκε μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετική με το θέμα/

Στο ερευνητικό μέρος έγινε ποιοτική μελέτη, μέσα από συνέντευξη των φοιτητών της νοσηλευτικής, στους οποίους έγιναν συγκεκριμένες ερωτήσεις με σκοπό να διερευνηθεί η άποψή τους σχετικά με τη προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Εισαγωγή

Ο ορισμός της υγείας αποτελεί ένα από τα πολυπλοκότερα ζητήματα στη μελέτη της. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές εκδοχές και μάλιστα ορισμένες αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους. Στην ερώτηση «τι είναι υγεία», ακόμα και οι γιατροί είτε δίνουν αόριστη απάντηση είτε την προσδιορίζουν ως την απουσία ασθένειας (van der Geest, 1985). Το σύμπλοκο της υγείας και της αρρώστιας είναι πολυσύνθετο και συνδέεται με πολλές πτυχές της ανθρώπινης υπόστασης. Τα σύμπλοκα αυτά δεν είναι ούτε απλά ούτε προφανή.

Επομένως η έννοια της υγείας είναι πολύπλοκη και ο προσδιορισμός της αποτελεί αντικείμενο πολλών επιστημόνων. Σύμφωνα με τον κλασσικό και σύγχρονο ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, «υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής (σωματικής), ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας» (WHO, Definition of health <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>). Πρόκειται επομένως για έναν θετικό (και όχι αρνητικό) ορισμό. Το περιεχόμενο του ορισμού είναι ευρύ και θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι συνιστά το επιθυμητό ιδεώδες για την υγεία. Αν μάλιστα ο παραπάνω εννοιολογικός καθορισμός της υγείας χρησιμοποιηθεί με αυστηρότητα, στο σκέλος της κοινωνικής, ιδίως, ευεξίας, υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να χαρακτηριστεί πρακτικά ως ασθενής ολόκληρος ο πληθυσμός (Κατσουγιαννόπουλος, 1997, σελ. 232).

Οι Γκούβα και Κοτρώτσιου (2011) αναφέρουν ότι «η υγεία δεν αντιπροσωπεύει την απουσία μιας ασθένειας, μιας αναπηρίας ή εθισμών γιατί οι άνθρωποι δεν είμαστε τέλει» (Γκούβα & Κοτρώτσιου 2011). Κάτω από αυτό το πρίσμα, οι εννοιολογικές αποχρώσεις ή οι χαρακτηρισμοί της «καλής» και της «κακής» υγείας έχουν πολύ μικρή σημασία, αφού οι άνθρωποι στοχάζονται και για τα δυο στη ζωή. Είναι καλύτερο να εξετάσουμε προσεκτικά την υγεία από την άποψη της ποιότητας της ζωής ή των καλύτερων επιπέδων λειτουργικότητας. Αυτό σημαίνει πως ακόμη και αν ο ασθενής πάσχει από ασθένεια, αναπηρία ή πεθαίνει,

αλλά βρίσκεται στα καλύτερα επίπεδα της λειτουργίας του, τότε αυτό πιθανόν αντιπροσωπεύει τις καλύτερες συνθήκες για την υγεία αυτού του ασθενούς (Γκούβα & Κοτρώτσιου 2011).

Σύμφωνα με την King (1971), η υγεία αποτελεί μια δυναμική εμπειρία της ζωής του ανθρώπου, που απαιτεί συνεχείς προσαρμογές στους στρεσογόνους παράγοντες του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, μέσω της αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων, ώστε να εξασφαλίζεται το μέγιστο δυναμικό στην καθημερινή ζωή» (King 1971, p.5). Ο ιδιαίτερος ρόλος του νοσηλευτή και της φροντίδας που πρέπει να παρέχει στους ασθενείς- μη υγιείς, είναι η φροντίδα των ανθρώπινων όντων, η οποία επιτυγχάνεται με την κατανόηση, τον στοχασμό, τη συσχέτιση, την κρίση και τη δράση επί της συμπεριφοράς του ατόμου που απευθύνεται σ' ένα σύστημα υγείας. Ο στόχος της νοσηλευτικής είναι η παροχή βοήθειας σε άτομα και ομάδες προκειμένου να επιτύχουν, διατηρήσουν και ανακτήσουν την υγεία. Αν η επίτευξη της υγείας δεν είναι δυνατή, ο νοσηλευτής οφείλει να βοηθάει τον ασθενή να πεθάνει με αξιοπρέπεια (King 1981).

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες είναι και οι απόψεις της Watson (1988), για την υγεία και την έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική. Υγεία είναι η «ενότητα και αρμονία στο πνεύμα, το σώμα και την ψυχή. Σχετίζεται με το βαθμό σύγκλεισης της προσωπικής άποψης περί εαυτού και της βιωματικής εικόνας του». Αναφορικά με την σχέση της νοσηλευτικής με τη φροντίδα, η Watson υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική οφείλει να συντηρεί τα ιδανικά και την ιδεολογία της φροντίδας στην πρακτική. Επίσης, η νοσηλευτική τηρεί μια διάθεση φροντίδας του ανθρώπου, ιδιαίτερα αυτού που αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας, ενώ η φροντίδα αποτελεί την πεμπουσία της νοσηλευτικής. Δυστυχώς, η φροντίδα συνεχώς υποβαθμίζεται τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο στο σύστημα υγείας. Έτσι, αποτελεί καθήκον της νοσηλευτικής να διατηρήσει και να προωθήσει τη φροντίδα, τόσο ως επιστήμη όσο και ως κλινική προσπάθεια, μέσω της θεωρίας, της πρακτικής και της έρευνας (McEven 2010, σελ. 211)

Η φροντίδα αποτελεί βασικό, κυρίαρχο και αναπόσπαστο κομμάτι των επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας ο καθένας με το δικό του τρόπο φροντίζουν τους ανθρώπους όταν αυτοί χρειάζονται τις υπηρεσίες τους. Η ιδέα της

φροντίδας εμπεριέχει την προσωπική και υποκειμενική εμπλοκή με τον ασθενή, που είναι απαραίτητη για την κατάλληλη προσέγγιση και εφαρμογή των αντικειμενικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Έτσι, ενώ ο ασθενής μπορεί να μην ψάχνει για συμβουλές ή μια θεραπευτική σχέση, αλλά το ίδιο το γεγονός ότι χρειάζεται ανθρώπινη βοήθεια, τον κάνει να βρίσκεται σε ευπαθή κατάσταση. Ο ασθενής τότε, χρειάζεται ειδικούς, οι οποίοι θα είναι ευαίσθητοι, για να μπορούν να ανταποκρίνονται σε αυτή του την προσπάθεια και να βοηθήσουν στην διαδικασία της φροντίδας και της θεραπείας.

Επίσης είναι γενικά αποδεκτό πως το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές οι οποίοι προσφέρουν, εκτός των άλλων, βασική φροντίδα σώματος και φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της μέρας και της νύχτας. Η φροντίδα είναι μια γενική θεώρηση και ένα περιεκτικό πλαίσιο που μας παρέχει μια ευρεία βάση κατανόησης των επιστημών που ασχολούνται με αυτή. Σύμφωνα, δε, με τις Boykin & Schoenhofer (2001) τα αξιώματα τα οποία εμπεριέχονται στη θεωρία της νοσηλευτικής ως φροντίδα είναι τα εξής:

- ◆ Το άτομο δέχεται φροντίδα με αξίες οι οποίες πηγάζουν από το γεγονός ότι είναι άνθρωπος.
- ◆ Το άτομο ζει δεχόμενο φροντίδα από λεπτό σε λεπτό.
- ◆ Το άτομο είναι ολότητα και πλήρες σε κάθε λεπτό της ζωής του.
- ◆ Το άτομο ζει βασιζόμενο στη φροντίδα.
- ◆ Το άτομο εμπλουτίζεται συμμετέχοντας σε σχέσεις φροντίδας και φροντίζοντας τους άλλους.

Η φροντίδα και η θεραπεία αποτελούν την καρδιά των διεργασιών της νοσηλευτικής και την ουσία της αποστολής της και «η φροντίδα είναι το καντήλι που φωτίζει το σκοτάδι και μας επιτρέπει να βρούμε απαντήσεις εκεί όπου οι άλλοι δεν βρίσκουν τίποτε» (Boykin 2001).

Η Smith (1999) γράφει ότι κανενός άλλου επιστημονικού πεδίου το αντικείμενο δεν σχετίζεται με το πώς η ποιότητα των σχέσεων διευκολύνει την υγεία, τη θεραπεία και την ποιότητα της ζωής. Αυτή η γνώση δημιουργήθηκε μέσα από τη νοσηλευτική και μπορεί να είναι ουσιώδης και για άλλα επαγγελματικά πεδία στα οποία σχέσεις φροντίδας αποτελούν την υποδομή της πρακτικής τους.

Αναφορικά με τα διάφορα μοντέλα παροχής φροντίδας, αυτά μεταβάλλονται ανάλογα με τις συγκεκριμένες συνθήκες που επικρατούν σε έναν τόπο και ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες (McEven 2010, σελ. 451). Το παλαιότερο σύστημα είναι το σύστημα ολικής φροντίδας, που εφαρμοζόταν από νοσηλευτές κατ' οίκον αλλά και σε νοσοκομεία. Λόγω της έλλειψης νοσηλευτών αναπτύχθηκε η λειτουργική μέθοδος, στην οποία οι φυσικές ανάγκες των ασθενών ικανοποιούνταν από ανειδίκευτους εργαζόμενους (βοηθοί νοσηλευτών), ενώ οι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές αναλάμβαναν τις εξειδικευμένες νοσηλευτικές πράξεις. Τα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι παραμελούνται οι ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς και ότι τεμαχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα, ενώ, για τον νοσηλευτή, η εργασία γίνεται ιδιαίτερα μονότονη. Έτσι, αναπτύχθηκε η ομαδική νοσηλευτική, στην οποία υπάρχει ένας επικεφαλής μιας ομάδας νοσηλευτών και είναι υπεύθυνος για την κατανομή των νοσηλευτικών εργασιών. Ο επικεφαλής αποτελεί επίσης τον συνδετικό κρίκο με την ιατρική ομάδα και εκπαιδεύει και τους νεότερους νοσηλευτές. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι απαιτείται υψηλός βαθμός συντονισμού και σχεδιασμού, ενώ στα πλεονεκτήματα είναι η επικέντρωση στον ασθενή και όχι στο καθηκοντολόγιο και η ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών (McEven 2010, σελ.452). Τελευταία χρονικά έρχεται η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, η οποία διέπεται από ορισμένες αρχές: υπάρχει ανακατανομή των ασθενών, αποκέντρωση των βοηθητικών υπηρεσιών, πολλαπλής εκπαίδευσης των εργαζομένων, συμμετοχή του ασθενούς και απλοποίηση των εργασιών.

Περνώντας και πάλι στην επεξήγηση και ανάλυση της έννοιας της φροντίδας, αναφέρουμε ότι η φροντίδα από τη φύση της δημιουργεί δυνατότητες για σχέσεις οι οποίες είναι θεραπευτικές και για τον ασθενή αλλά και για τον παρέχοντα τη φροντίδα. Όταν εξυμνούμε ένα άτομο ως ολότητα ύπαρξης είναι σαν να εξυμνούμε τη μοναδικότητα και την ιερότητα ολόκληρης της ανθρωπότητας. Η πνευματικότητα μας καλεί να ξεπεράσουμε τους εαυτούς μας παρέχοντας φροντίδα στους άλλους. Η αλληλεπίδραση των σχέσεων και της πνευματικότητας είναι ο τρόπος δια μέσου του οποίου το άτομο δίνει νόημα στην καθημερινή του ζωή και η πνευματική συσχέτιση αντανακλά στο πως αναπτυσσόμαστε ως άτομα στο δίκτυο της ανθρώπινης ζωής. Η αμοιβαιότητα και η ανταποδοτικότητα φροντίδας μας

βοηθά να ξεπεράσουμε τους εαυτούς μας σε εκείνον το χώρο που αφθονούν οι δυνατότητες, οι δυνατότητες να βρούμε την προσωπική μας αλήθεια και να θυμηθούμε γιατί κληθήκαμε στο συγκεκριμένο χώρο τη συγκεκριμένη στιγμή. Φροντίζοντας τους εαυτούς μας μπορούμε να δώσουμε την ευκαιρία στους άλλους να οδηγηθούν στο να φροντίσουν τους εαυτούς τους. Αλλά σίγουρα οι επαγγελματίες φροντίδας δεν είναι τα μοναδικά άτομα που ξεπερνούν τους εαυτούς τους μέσω της φροντίδας και της πνευματικότητας. Όλοι οι άνθρωποι καλούνται να ξεπεράσουν τους εαυτούς τους φροντίζοντας τους άλλους. Η φροντίδα και η πνευματικότητα είναι τρόποι ζωής και ύπαρξης που ο καθένας έχει την ευκαιρία να επιλέξει. Οι Wolf, Baggott & Morningstar (1998) πιστεύουν ότι το κάθε τι εμπεριέχει δύο όψεις και έτσι θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί για να κρατήσουμε την ισορροπία όχι μόνο με μας τους ίδιους αλλά με οτιδήποτε μας προσφέρει η μητέρα γη. Ίσως αυτό να σημαίνει ότι η φροντίδα ως τρόπος ύπαρξης είναι δυνατή μόνο όταν αγωνιζόμαστε για αρμονία μέσα μας, ανάμεσα σε μας και στους άλλους και σε κάθε τι. Το κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να αγαπήσει τη φροντίδα ως ένα ουσιώδες τμήμα της ύπαρξης. Αυτή η επιλογή του τρόπου ύπαρξης μέσω της παροχής φροντίδας είναι που κάνει τη ζωή σπουδαία στον παρόντα χρόνο και τόπο.

Η Parse (1995) αναφέρει ότι όλοι οι άνθρωποι διαλέγουν τις αξίες που έχουν προτεραιότητα για αυτούς. Η θεωρία της καθοδηγεί τους επαγγελματίες υγείας να ζουν αληθινά την παρουσία τους με τους άλλους ταξιδεύοντας πάντα με τις προσδοκίες των ατόμων και δημιουργώντας μαρτυρίες για τις αλήθειες του κάθε ατόμου στη συγκεκριμένη στιγμή. Οι επαγγελματίες υγείας καθοδηγούνται από την ανθρωπιστική προοπτική ξεπερνώντας τον εαυτό τους μέσω της υποχρέωσης τους να συνυπάρχουν με τους άλλους. Όπως γράφει η Kelley (1995) οι προσδοκίες φροντίδας μερικές φορές φαίνεται να είναι η βοήθεια που το άτομο ζητά για να βρει ένα τόπο στον κόσμο να οδηγηθεί δηλαδή μέσα από τη φροντίδα να βρει το πραγματικό του σπίτι σε αντίθεση με την Parse (1995) που θεωρεί ότι το άτομο είναι ήδη στο σπίτι του, άρα δεν υπάρχει ανάγκη κάποιος ειδικός να το βοηθήσει για να βρει το δρόμο για το σπίτι του.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η δουλειά της Watson (1999) η οποία προχωρά πιο πέρα από τους παραδοσιακούς ρόλους φροντίδας σε ρόλους που κάποιος

συνταξιδεύει και συντροφεύει τους άλλους. Στην πραγματικότητα υπάρχει μια αλλαγή θέσης μακριά από το ρόλο του ειδικού για πολλούς επαγγελματίες υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας διεκδικούν να προχωρήσουν μακριά από τους παραδοσιακούς τους τρόπους γνώσης για να αποδεχτούν μια βάση φροντίδας στην πρακτική τους. Η Watson σχολιάζει ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας υπάρχουν και πρέπει να υπάρχουν επανεξετάζοντας αυτή την οντολογική θέση που λαμβάνει χώρα. Η πρακτική η οποία βασίζεται στη νέα οντολογική θέση δεν θα είναι στην αποκλειστική κυριότητα του κάθε ενός επαγγελματικού πεδίου αλλά θα επηρεάζει όλους, καθώς η φροντίδα υγείας συμβιωτικά μετασχηματίζεται. Όμως η Watson δηλώνει ξεκάθαρα, ότι δεν θα επιλέξει ο καθένας αυτή την πορεία της υπερατομικής φροντίδας – θεραπείας. Αυτοί που θα την επιλέξουν θα βιώσουν μια θεμελιώδη μεταμόρφωση στη συναισθηση και στην ύπαρξη, που ακόμη δεν μπορούν να φανταστούν. Η Watson διστακτικά μας γράφει ακόμη ότι η φροντίδα θα πρέπει να προσφέρεται στη βάση του «όλον». Η φροντίδα δεν αντανακλάται μόνο σε ενέργειες που φαίνονται από τους άλλους ή από μας, αλλά εκφράζει μια αυθεντική ανθρώπινη διασύνδεση στο ανοικτό, ιερό χώρο με τους άλλους. Ως άνθρωποι ο κάθε ένας μας έχει την ευκαιρία να αφήσει την ενέργεια του να ρέει δια μέσου της φαντασίας, της ύφανσης των από κοινού μονοπατιών σε ένα ταξίδι που δεν έχει αρχή ούτε μέση ούτε τέλος. Η φροντίδα ως τρόπος ανθρώπινης έκφρασης θεωρείται διεργασία και παρέμβαση, αποτέλεσμα, άγγιγμα, μια ηθική ανάγκη, με οντολογική, φιλοσοφική και επιστημονική βάση. Η θεώρηση της Watson (1999) είναι μια γυναικεία προοπτική που βοηθάει στην υποστήριξη της ανθρωπότητας ανάμεσα στους επιστημονικούς και πολιτισμικούς πνευματικούς πολέμους απέναντι στη ζωή και στο θάνατο.

Μέσα από την έρευνα του Lakomy (1993) για τα πολλαπλά διαφορετικά νοήματα της ανθρώπινης φροντίδας έγινε μια προσπάθεια να αποδοθεί το πορτρέτο της φροντίδας το οποίο διασαφηνίζεται σε κάθε επαγγελματική βιβλιογραφία. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνεντεύξεις από επαγγελματίες ανθρωπολόγους, καλλιτέχνες, φιλοσόφους, νομικούς, θεολόγους, νοσηλευτές, ψυχονευρολόγους και επιστήμονες κοινωνικής συμπεριφοράς και φάνηκε «η φροντίδα ως ένα ποικίλο και καθολικό θέμα». Τα νοήματα της

φροντίδας/θεραπείας τα οποία μοιράζονται ανάμεσα στα διάφορα επιστημονικά πεδία είναι σαν τα ουράνια τόξα, σύμφωνα με τον Lakomy (1993), όπου το κάθε χρώμα είναι μοναδικό αλλά επίσης προσθέτει προοπτική στο όλον. Το ουράνιο τόξο είναι κάτι μεγαλύτερο από το κάθε του ξεχωριστό χρώμα. Έτσι όπως το ουράνιο τόξο εμφανίζεται στο φωτεινό ορίζοντα και μετά αποσύρεται για να εμφανιστεί ξανά κάποιες φορές στο μέλλον, έτσι συμβαίνει και με την φροντίδα. Εάν μπορούμε να θυμόμαστε τα παρελθόντα ουράνια τόξα φροντίδας – θεραπείας τότε μπορούμε να αναπτυσσόμαστε μέσα από αυτά και να δεσμευόμαστε στη δημιουργία περισσότερου θεραπευτικού περιβάλλοντος και περιβάλλοντος φροντίδας.

Στην εποχή της τεχνολογικής σκοπιμότητας και της φιλοσοφίας του εταιρικού μανάτζμεντ που ενθαρρύνουν την αποδοτικότητα περισσότερο από την αποτελεσματικότητα, η φροντίδα είναι συχνά ανάμεσά μας το γαρνίρισμα παρά ο πυρήνας την καθημερινής πρακτικής (Watson, 1985). Η συνέπεια της απομάκρυνσης από την παροχή φροντίδας είναι καταστροφική για τους παρέχοντες φροντίδα και για αυτούς που φροντίζονται. Σύμφωνα με την Roach (1997) «το να μην φροντίζει ένας φροντιστής είναι κατά κάποιο τρόπο σαν να χάνει την ύπαρξή του. Μέσα από τη φροντίδα που παρέχει γίνεται μια πιο αυθεντική ανθρώπινη ύπαρξη». Η απώλεια της φροντίδας από κάποιον επαγγελματία φροντίδας αντανακλά όχι μόνο στην ανικανότητα του να είναι παρών με τον ασθενή αλλά επίσης να είναι παρών και στη δική του ύπαρξη.

Τι είδους περιβάλλον όμως υποστηρίζει καλύτερα τη φροντίδα ως τρόπο ύπαρξης και ως πυρήνα των επαγγελματιών φροντίδας; Μια συμμετοχική και διεπιστημονική κοινότητα φροντίδας είναι απαραίτητη και είναι ουσιαστική όταν οι επαγγελματίες φροντίδας είναι μάρτυρες ο ένας για τους άλλους μέσα στο ταξίδι της συνύπαρξής τους και της αλληλεπίδρασης τους. Το περιβάλλον μας αντανακλά τις φυλετικές, κοινωνικές μας αξίες και πεποιθήσεις και μας παρέχει μια αίσθηση του «ανήκειν» που θεμελιώνει το υπόβαθρο της ύπαρξής μας. Η φυλετική μας δύναμη παρουσιάζεται από τη Myss ως ένα αρχέτυπο που συνάγεται από την συλλογική ταυτότητα, τη δύναμη της ομάδας, την επιθυμία δύναμης της ομάδας και τα συλλογικά μοντέλα πεποιθήσεων. Μέσα από αυτές τις φυλετικές αξίες και πεποιθήσεις δημιουργούμε περιβάλλοντα που μπορεί ή όχι να εκφράζουν την

φροντίδα ως τρόπο ύπαρξης. Πρόσφατα αναφέρει, ότι της δόθηκε η ευκαιρία να βρεθεί μαζί με ανθρώπους που ζούσαν σε μια υπηρεσία παροχής μακροχρόνιας φροντίδας. Το προσωπικό διατείνονταν καμαρώνοντας ότι παρείχε ποιοτική φροντίδα στον κάθε πελάτη, οι πελάτες ήταν ταϊσμένοι, ντυμένοι, καθαροί, και λάμβαναν μέρος σε δραστηριότητες που θεωρούνταν κατάλληλες από τους ανθρώπους της ομάδας φροντίδας υγείας. Επιφανειακά το περιβάλλον φαίνονταν να είναι φιλόξενο και γεμάτο φροντίδα. Μιλώντας με κάποιους από τους πελάτες έμαθε, ότι ζούσαν μέσα σε γραφειοκρατικές αρχές και κανονισμούς και προσαρμόζονταν σε ένα πρόγραμμα το οποίο γινόταν από άλλους, γι' αυτούς. Ένας πελάτης περιέγραφε την αίσθηση μοναξιάς που ένιωθε, όχι μόνο ως μοναξιά μέσα από μια διαπροσωπική άποψη αλλά ως απώλεια της ψυχής του και ως μη ανάπτυξη της ύπαρξής του. Έλεγε ότι ένιωθε, σαν να μένει σε φυλακή. Τα όνειρά του δεν πραγματοποιούνταν στο περιβάλλον αυτό, παρά τις καλές προθέσεις των επαγγελματιών φροντίδας. Ο τρόπος ζωής του υπονομεύονταν από τον τρόπο ζωής αυτού του περιβάλλοντος, που θεωρούνταν ότι ήταν το σπίτι του. Κανένας δεν επιθυμούσε να καταθέσει το μοναδικό δικό του ταξίδι ζωής, με αποτέλεσμα να νοιώθει χαμένος χωρίς κανένα λυχνάρι να φωτίζει το δρόμο του. Το προσωπικό αυτής της μονάδας παροχής μακροχρόνιας φροντίδας περίγραφε και θεωρούσε τους εαυτούς τους ως επαγγελματίες φροντίδας και σύμφωνα με τη δική τους άποψη και κοσμοθεωρία αυτό ήταν αληθές. Το προσωπικό υπέθετε μέσα από τις φυλετικές, κοινωνικές του αξίες και πεποιθήσεις ότι η επαγγελματική του εξειδίκευση στην παροχή φροντίδας του παρέχει τη δυνατότητα να γνωρίζει τον τρόπο που το κάθε άτομο πρέπει να ζει στο χώρο του σπιτιού του. Αλλά δεν υπήρχε καθόλου εμπειρία της φροντίδας ως οντότητα η οποία προκύπτει μέσα από την προσωπική άποψη του κάθε ασθενούς. Η αξία του να ζει κανείς μέσα από σχέσεις με τους άλλους ήταν μικρή. Σύμφωνα λοιπόν με τη Myss (1996) η απανταχού παρούσα και μοναδική φροντίδα ως τρόπος ύπαρξης απαιτεί επαγγελματίες φροντίδας οι οποίοι ξεπερνούν τα επαγγελματικά όρια τους και τα πλαίσια φροντίδας υγείας όπως σήμερα τα γνωρίζουμε. «Πρέπει να αποκτήσουμε συνείδηση της δυναμής μας και πώς να χρησιμοποιήσουμε αυτή την δύναμη», γράφει, «για να κατανοήσουμε με ποιο τρόπο οι φυλετικές και κοινωνικές κουλτούρες δημιουργούν ή καταστρέφουν τη

φροντίδα». Η κατανόηση απαιτεί συλλογισμούς πάνω στα μοντέλα πεποιθήσεων που βασίζονται σε αξίες και στους τρόπους ύπαρξης. Η αναζήτηση της προσωπικής αλήθειας έναντι της φυλετικής αλήθειας μπορεί να είναι μια πολύ ενδιαφέρουσα και ικανοποιητική διαδικασία. Εάν οι παρέχοντες φροντίδα αναγνωρίζουν ότι ο κάθε πελάτης, άσχετα με το πλαίσιο, είναι σαν να είναι στο σπίτι του, ο επαγγελματικός τους ρόλος μπορεί να θεωρηθεί ως ο ρόλος κάποιου ατόμου που ζει φροντίζοντας ως τρόπο ύπαρξης, μέσα από την παρουσία και τη μαρτυρία των ελπίδων και των ονείρων του κάθε ατόμου.

Στην παραδοσιακή κουλτούρα, η γνώση προέρχεται από τον κόσμο, τη γη, την οικολογία και τα ζώα. Το βασικό ερώτημα για τους επαγγελματίες υγείας που θέλουν να παρέχουν φροντίδα ως τρόπο ύπαρξης είναι: Τι μου λέει το σύμπαν για τη φροντίδα ως τρόπο ύπαρξης; Τι μου λέει η οικολογία, τι μου λέει η γη και τι μου λένε τα ζώα.

Η έκφραση ενδιαφέροντος φροντίδας έχει τη δυναμική να ενοποιεί την ανθρωπότητα με τη γη της και τις κουλτούρες της. Η Rolfe (2002) αναφέρει ότι «δεν μπορούμε να αποδείξουμε σε ένα παίκτη ενός διαφορετικού γλωσσικού παιχνιδιού ότι κάτι είναι αληθές. Όλα όσα μπορούμε να κάνουμε είναι να προσφέρουμε μια περιγραφή του κόσμου και πως αυτός δουλεύει που το άλλο πρόσωπο θα μπορούσε να το αναγνωρίσει ως αυθεντικό ή αληθινό». Η περιγραφή της φροντίδας ως τρόπου ύπαρξης που περιγράφεται από τη Rolfe μπορεί να θεωρηθεί ως αληθής, μόνο όταν συντονίζεται με την προσωπική εμπειρία που το άτομο έχει για την φροντίδα ως τρόπου ύπαρξης.

Η Malinski (1994) περιγράφει τα πρότυπα υγείας ως «παρέχοντα γνώση για φροντίδα για να ενισχυθούν οι πελάτες και να πραγματοποιήσουν τα δυναμικά τους για ευεξία γνωρίζοντας τον τρόπο με τον οποίο συμμετέχουν στην αλλαγή». Χρησιμοποιεί παρεμβάσεις όπως το θεραπευτικό άγγιγμα, το διαλογισμό, και τη φαντασία με σκοπό «να προσφέρει στους πελάτες τις ευκαιρίες να συμμετέχουν στα πρότυπα της φροντίδας τους».

Η Smith (1999) αναγνωρίζει ότι «η φροντίδα αποτελεί τρόπο ζωής, έναν ιερό χορό της θεραπείας με τον ασθενή». Στην ανάλυση περιεχομένου περί φροντίδας της Smith αναφέρονται τα εξής επιμέρους στοιχεία: διακήρυξη του

σκοπού, εκτιμώμενα πρότυπα, ρύθμιση σε μια δυναμική ροή, εμπειρία του άπειρου, ενθάρρυνση σε μια δημιουργική εγρήγορση.

Το μοντέλο της ολιστικής φροντίδας είναι αυτό που σήμερα τελικά θα έπρεπε να επικρατεί, γιατί κάθε άτομο αποτελεί μια σωματο – ψυχο – πνευματικό – κοινωνικό – οικονομική ολότητα και όταν μιλάμε για ολιστική προσέγγιση φροντίδας εννοούμε ότι αυτή απευθύνεται σε κάθε μέρος ξεχωριστά: στο σωματικό, το ψυχολογικό, το πνευματικό, το κοινωνικό και το οικονομικό. Η ολιστική φροντίδα ανήκει σε μια φιλοσοφική θεώρηση η οποία ενστερνίζεται ότι η ανισορροπία του μέρους προκαλεί ανισορροπία στο όλον. Αλλά για να εφαρμόσουν οι επαγγελματίες υγείας το ολιστικό μοντέλο θα πρέπει να έχουν αποδεχθεί και υιοθετήσει τις αρχές που το διέπουν και να έχουν λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση. Το ολιστικό μοντέλο είναι ανθρωποκεντρικό και απευθύνεται σε ανθρώπους που πάσχουν από χρόνιο πόνο, σε ασθενείς τελικού σταδίου, ή σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρόθυρα της ανάγκης για υποστήριξη. Απευθύνεται επίσης, στις οικογένειες των πασχόντων, σε γονείς, παιδιά, συζύγους, φίλους παρέχοντάς τους υποστήριξη και ανακούφιση από τον ψυχικό πόνο, δίνοντας τους τη δυνατότητα να μιλήσουν για εμπειρίες και συναισθήματα, ανακουφίζοντας τους από δυσβάσταχτες ενοχές που κάποιες φορές νοιώθουν και βοηθώντας τους να ξεπεράσουν το πένθος και να προχωρήσουν στη ζωή.

Η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος φροντίδας υγείας απαιτεί ένα πλαίσιο που θα βοηθήσει τους κλινικούς να ενδυναμώσουν τους ασθενείς τους, είτε μπορούν ενεργά να πάρουν μέρος σε μια σχέση είτε όχι, όπως σε περίπτωση κώματος, είτε οι επαφές τους είναι σύντομες και έντονες όπως είναι σε μια αίθουσα επειγόντων περιστατικών, είτε απαιτούν μια μακροχρόνια σχέση φροντίδας, όπως σε χώρους αποκατάστασης. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να οδηγηθούν πέρα από την τεχνική, να ανταποκριθούν με σημαντικό τρόπο στον κάθε ασθενή και να διαπραγματευτούν τις περιπλοκότητες της σχέσης φροντίδας.

Η φροντίδα στη σημερινή εποχή για το χώρο της υγείας είναι πιο σημαντική από ποτέ άλλοτε. Η Watson (1988) πιστεύει ότι «φεύγουμε από την εποχή όπου η θεραπεία ήταν κυρίαρχη και περνάμε σε μια εποχή όπου η φροντίδα πρέπει να προέχει». Και σύμφωνα με την Montgomery (1993), υπάρχουν πολλοί λόγοι για

αυτό. Πρώτον, η γήρανση του πληθυσμού και η μείωση του επιπέδου θνησιμότητας από ασθένειες που παλιότερα απειλούσαν τη ζωή, έχουν ως αποτέλεσμα την επικράτηση χρόνιων καταστάσεων οι οποίες δεν μπορούν να θεραπευτούν. Πράγματι ακόμη και σήμερα το 2011 ένα ποσοστό των ασθενών θεραπεύεται. Το υπόλοιπο χρειάζεται παρεμβάσεις υποστήριξης και φροντίδας ώστε να ενεργοποιήσουν τις δικές τους πηγές αντιμετώπισης και θεραπείας. Ο δεύτερος λόγος, σύμφωνα με την Montgomery (1993), για τον οποίο η φροντίδα είναι τόσο σημαντική σήμερα έχει να κάνει με την απογοήτευση με το σύστημα υγείας και τους περιορισμούς του ιατρικού μοντέλου υγείας. Το ιατρικό μοντέλο, το οποίο είναι η βάση του εν χρήσει συστήματος υγείας μας, είναι βασισμένο στη μηχανιστική άποψη του σύμπαντος και στο διαχωρισμό του νου από το σώμα, ιδέες που προέρχονται από την επιστημονική επανάσταση των τριών τελευταίων χρόνων. Η ασθένεια έχει διαχωριστεί από το άτομο ως αυτό – περιεχόμενο γεγονός, ανεξάρτητα από το περιβάλλον ή τον πολιτισμό. Η θεραπεία εστιάζεται στο να βρεθεί μια μοναδική αιτία η οποία αντιμετωπίζεται με επιθετικές τεχνολογικές μεθόδους. Το μοντέλο αυτό έχει φανεί χρήσιμο στη θεραπεία των μολυσματικών ασθενειών αλλά, ήταν μη αποτελεσματικό στη βελτίωση της υγείας γενικότερα. Ενώ τα επίπεδα θνησιμότητας έχουν βελτιωθεί, μόνο το 10% αυτής της βελτίωσης μπορεί να αποδοθεί σε ιατρική παρέμβαση. Όλες οι άλλες βελτιώσεις είναι αποτέλεσμα προσπαθειών δημόσιας υγείας, διατροφής και βελτιωμένης ποιότητας ζωής. Στην πραγματικότητα η αύξηση 700% στα έξοδα για την υγεία τα τελευταία χρόνια δεν έχει φέρει καμία φοβερή βελτίωση στην υγεία. Επιπρόσθετα, στην κριτική για την αποτελεσματικότητα του ιατρικού μοντέλου, το ιατρικό μοντέλο υγείας έχει επίσης δεχθεί αρνητικές κριτικές για παραμέληση της ανθρώπινης πλευράς της υγείας και της θεραπείας. Ενώ η ιατρική εστιάζεται στην αντικειμενική ασθένεια, αγνοεί την αρρώστια που είναι η υποκειμενική εμπειρία της ασθένειας για τον ασθενή. Η νοοτροπία «η θεραπεία με οποιοδήποτε κόστος» ξεπροβάλλει μέσα από την εφαρμογή αυτού του μοντέλου. Επίσης, το ιατρικό μοντέλο έχει κριθεί για το γεγονός πως αφαιρεί τον έλεγχο από τους ασθενείς, κάνοντας τα φυσιολογικά γεγονότα της ζωής, όπως ο τοκετός, η εμμηνόπαυση και η γήρανση, ιατρικά ελεγχόμενα και κατευθυνόμενα γεγονότα. Τελικώς, οι προσπάθειες να κρατηθούν οι

άνθρωποι ζωντανοί γίνονται χωρίς ενδιαφέρον για την ποιότητα της ζωής αυτών των ανθρώπων. Μια εναλλακτική πρόταση σε αυτό το ιατρικό μοντέλο και τα αποτελέσματα του αποτέλεσε η μελέτη του Gadow (1985), η οποία προτείνει ότι η φροντίδα πρέπει να είναι ο προέχων ηθικός σκελετός της υγείας, γιατί η φροντίδα είναι η δέσμευση να ανακουφίζεις την ευπάθεια του άλλου. Όποτε, η άσκηση δύναμης πάνω στο άλλο άτομο, συχνά με τη χρήση και την επιβολή ακριβών τεχνολογικών παρεμβάσεων, σε μια προσπάθεια θεραπείας της ασθένειας, μπορεί να αυξήσει παρά να ανακουφίσει αυτή την ευπάθεια. Η περίπτωση του Donald Cowart, ασθενή με εγκαύματα που υποβλήθηκε σε βασανιστικές, επώδυνες θεραπείες παρά τη συνεχή άρνηση του για θεραπεία μπορεί να αποτελέσει ένα παράδειγμα, πως πολλές φορές στην υπηρεσία της θεραπείας μπορεί να προκληθεί μια ταλαιπωρία «τόσο ακραία που καμία φροντίδα δεν μπορεί να την καταπραΰνει». Έτσι, η ενέργεια της θεραπείας από μόνη της είναι ηθικά προβληματική και πρέπει να επιδιώκεται μόνο κάτω από τη μεγαλύτερη ομπρέλα της φροντίδας. Μαζί με τους περιορισμούς του ιατρικού μοντέλου και τα ηθικά προβλήματα που δημιουργούνται από την προηγμένη τεχνολογία, άλλο ένα πρόβλημα που είναι το αυξημένο κόστος ιατρικής περίθαλψης, απειλεί να κάνει ακόμη πιο απάνθρωπο το σύστημα. Τα υπερβολικά έξοδα που σχετίζονται με την αναπτυγμένη ιατρική τεχνολογία και τη γήρανση του πληθυσμού έχουν ως αποτέλεσμα τις ανήκουστες προσπάθειες για συγκράτηση των εξόδων. Αυτές οι προσπάθειες για τη συγκράτηση των εξόδων εστιάζονται περισσότερο στη μείωση της αναλογίας επαγγελματιών υγείας προς τους πελάτες, παρά στην αυστηρότερη κριτική αξιολόγηση του ίδιου του συστήματος. Σοβαρό ενδιαφέρον έχει η σκέψη αν τελικά η φροντίδα θα μπορέσει να επιβιώσει σ' αυτό το κλίμα συγκράτησης εξόδων και στην έμφαση σε γρήγορες τεχνολογικές λύσεις αντιμετώπισης.

Όπως εξηγεί η Susan Reverby (1987), «ανίκανοι να βρούμε τρόπο να φροντίζουμε με αυτονομία και ανίκανοι να ξεχωρίσουμε τη φροντίδα από την αξία της και τη βάση της, πολλοί αναγκαζόμαστε να εγκαταλείψουμε τελικά την προσπάθεια να φροντίζουμε».

Ακόμη έχουμε διαπιστώσει, ότι η εγκατάλειψη της φροντίδας από το σύστημα υγείας θέτει φοβερά ρίσκα. Δεν μπορούμε πια να ξεχωρίσουμε το νου από

το σώμα και τη φροντίδα από τη θεραπεία ή να δώσουμε έμφαση στη σημαντικότητα του ενός ή του άλλου.

Ο χώρος της ψυχονευροανοσολογίας επίσης, έχει καθιερώσει τους κρίκους μεταξύ των καταστάσεων που προκύπτουν από τις αισθήσεις και τις ψυχολογικές αντιδράσεις και υπόσχεται να τεκμηριώσει επιστημονικά τον κρίκο ανάμεσα στην εμπειρία της φροντίδας, στην αίσθηση ότι σε φροντίζουν και τις διαδικασίες της θεραπείας. Στο βιβλίο της η Achterberg (1990) γράφει ότι «οι απόψεις της θεραπείας σχετικά με τη φροντίδα, την αγάπη, την ελπίδα, τη χαρά, την προσμονή τεκμηριώνονται ως συστατικά στην ύφεση της ασθένειας. Ακόμη, αρνητικές δυνάμεις όπως η απώλεια της ελπίδας ή της αγάπης και η αποτυχία της επαρκούς αντιμετώπισης του άγχους έχουν πιστοποιηθεί ως παράγοντες της εμφάνισης αλλά και της επιδείνωσης των συμπτωμάτων μιας σοβαρής ασθένειας». Εν ολίγοις, η έλλειψη φροντίδας και περιποίησης μπορεί να είναι η αρχική αιτία για την αρχική ασθένεια και οι φροντιστές εμπλέκονται στην άμεση διευκόλυνση της θεραπείας. Μια μελέτη από τον David McClelland, όπως αναφέρεται από τους Ornstein & Sobel (1987), δείχνει αυτή τη σχέση. Τα αποτελέσματα του έδειξαν ότι δυνάμωνε το ανοσοποιητικό σύστημα των φοιτητών που ανήκαν στην ερευνητική του ομάδα όταν παρακολουθούσαν ένα ντοκιμαντέρ με τη Μητέρα Τερέζα να φροντίζει τους αρρώστους της Καλκούτας. Αυτό δείχνει ότι έστω και στην παρουσία της φροντίδας υπάρχει θετικό αποτέλεσμα στο ανοσοποιητικό σύστημα. Διαπίστωση που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ένα προσωπικό που νοιάζεται μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με πολλούς τρόπους.

1.2. Η έννοια της Φροντίδας

Η φροντίδα αντιπροσωπεύει μία ζωτική ανθρώπινη ανάγκη και ένα θεμελιώδες στοιχείο του επαγγέλματος του νοσηλευτή.

Μία βαθιά κατανόηση της φροντίδας και του τρόπου που αυτή εκφράζεται θα βοηθήσει τους νοσηλευτές να παρέχουν πιο ποιοτικές υπηρεσίες και πιο σημαντικά να κατανοήσουν την νοσηλευτική αυτή καθαυτή (Patistea, 1999).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η παροχή ακαδημαϊκής και κλινικής εμπειρίας, η οποία διευκολύνει την ανάπτυξη των φοιτητών ως ανθρώπων και ως νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της φροντίδας στην πρακτική εξαρτώνται από τις διαδικασίες διδασκαλίας και εκμάθησης. Έτσι, οι αντιλήψεις των νοσηλευτών όσον αφορά τη φροντίδα προέρχονται από την εκπαίδευσή τους.

Η δική μας ευθύνη ως εκπαιδευτές νοσηλευτών είναι η ανάπτυξη νοσηλευτικών προγραμμάτων και η χρήση ενεργών μαθησιακών στρατηγικών, οι οποίες βοηθούν τους φοιτητές να αναπτύξουν νοσηλευτικές συμπεριφορές.

1.3. Θεωρίες της Φροντίδας στην νοσηλευτική εκπαίδευση

Η νοσηλευτική και η φροντίδα σχετίζονται με τις ιστορικές και ακαδημαϊκές παραδόσεις της επιστήμης. Η φροντίδα έχει αναγνωριστεί ως η ουσία και ο ενοποιητικός τομέας της νοσηλευτικής από τους Leininger (1988a) και Watson (1988). Η έννοια της φροντίδας έχει λάβει ιδιαίτερη σημασία κατά την διάρκεια των τελευταίων 20 χρόνων. Αν και έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες, οι οποίες ερευνούσαν την φύση και το νόημα της φροντίδας, αυτή αποτελεί μία δύσκολη έννοια όσον αφορά τον ορισμό και την μέτρησή της. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζεται από τους Morse et al (1990). Στην συγκριτική ανάλυση της φροντίδας που πραγματοποίησαν αποκάλυψαν πέντε πλευρές της φροντίδας: η φροντίδα ως ανθρώπινο χαρακτηριστικό, ως ηθική απαίτηση, ως συναίσθημα, ως διαπροσωπική σχέση και ως θεραπευτική παρέμβαση.

Η φροντίδα, ως μία κεντρική έννοια, έχει οδηγήσει την ανάπτυξη αρκετών θεωριών φροντίδας. Ορισμένοι από τους πιο γνωστούς θεωρητικούς είναι οι Leininger, Watson, Boykin και Schoenhofer και ο Swanson.

- Η Leininger (1988a) έχει ορίσει την φροντίδα ως μία βοηθητική, υποστηρικτική ή διευκολυντική πράξη προς ένα άτομο ή ομάδα ατόμων με προφανείς ή αναμενόμενες ανάγκες, ώστε να βελτιωθεί μία ανθρώπινη κατάσταση ή ο γενικός τρόπος ζωής. Σύμφωνα με τη Leininger, η φροντίδα είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αλλά οι εκφράσεις, οι διαδικασίες και τα

πρότυπα της ποικίλουν ανάλογα με τον πολιτισμό. Η φροντίδα έχει επίσης βιοφυσικές, ψυχολογικές, πολιτισμικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να μελετηθούν και να εφαρμοστούν ώστε να παραχθεί μία ολιστική φροντίδα για τους ανθρώπους. Η Leininger ήταν η πρώτη σημαντική θεωρητικός, η οποία ανέπτυξε μία νοσηλευτική θεωρία που ασχολείται με πολιτισμικά ζητήματα. Εάν οι νοσηλευτές πρέπει να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτών που φροντίζουν, είτε τοπικά είτε διεθνώς, η γνώση και η κατανόηση του πολιτισμού είναι απαραίτητη.

- Η Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας αναπτύχθηκε κατά την διάρκεια της περιόδου 1975 έως 1979 από την Watson. Η θεωρία αυτή προήλθε από την δική της άποψη για την νοσηλευτική και βασίστηκε στις διδακτορικές της σπουδές στην εκπαιδευτική-κλινική και κοινωνική ψυχολογία (Watson 2003a). Η Watson (2003b) δηλώνει: 'η φροντίδα είναι μία επιστήμη, η οποία περιλαμβάνει έναν ανθρωπιστικό και επιστημονικό προσανατολισμό απέναντι στις διαδικασίες, στα φαινόμενα και στις εμπειρίες της. Η επιστήμη της φροντίδας περιλαμβάνει τέχνες και ανθρωπιά καθώς και επιστήμη. Η οπτική της επιστήμης της φροντίδας βασίζεται στην σχετική οντολογία της σχέσης και σε μία παγκόσμια άποψη ενότητας και συνδεσιμότητας των πάντων. Η υπερπροσωπική φροντίδα αναγνωρίζει την ενότητα της ζωής και τις συνδέσεις, οι οποίες κινούνται σε ομόκεντρους κύκλους φροντίδας – από το άτομο, στους άλλους, στην κοινωνία, στον κόσμο, στον πλανήτη Γη, στο σύμπαν'. Σύμφωνα με την Watson (1988) η φροντίδα είναι το ηθικό ιδανικό της νοσηλευτικής και ο στόχος της είναι η προστασία, η ενίσχυση και η διατήρηση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η ανθρώπινη φροντίδα περιλαμβάνει αξίες, μία θέληση και αφοσίωση στην φροντίδα, γνώσεις, πράξεις φροντίδας και συνέπειες.
- Η Kristen Swanson, μία νοσηλευτική ερευνήτρια, ανέπτυξε μία θεωρία φροντίδας. Όρισε την φροντίδα ως 'έναν τρόπο συσχετισμού με κάποιον άλλο, προς τον οποίο νιώθουμε μία προσωπική αίσθηση καθήκοντος και ευθύνης'. Η Swanson (1991) αναγνώρισε πέντε διαδικασίες φροντίδας, οι οποίες είναι: η γνώση ή η προσπάθεια κατανόησης ενός γεγονότος, καθώς

αυτό έχει νόημα στην ζωή ενός άλλου, η συναισθηματική ή η γενική παρουσία προς τον άλλο, το να κάνουμε για κάποιον αυτό που θα έκανε ο ίδιος στον εαυτό του αν ήταν δυνατό, η ενδυνάμωση ή η διευκόλυνση του περάσματος μέσα από την μετάβαση της ζωής και των άγνωστων γεγονότων, η διατήρηση της πίστης στην ικανότητα του άλλου να αντιμετωπίσει ένα γεγονός ή μία μετάβαση και να ατενίσει το μέλλον με νόημα.

- Οι Boykin και Schoenhofer (1997) όρισαν την φροντίδα ως μία σκόπιμη και αυθεντική παρουσία του νοσηλευτή δίπλα σε κάποιον, ο οποίος έχει αναγνωριστεί ως ένα άτομο που ζει και μεγαλώνει με την φροντίδα.

Πολλές μελέτες έχουν ερευνήσει την έννοια της φροντίδας υιοθετώντας ποσοτικές και ποιοτικές μεθοδολογίες και ορισμένοι ερευνητές έχουν δημιουργήσει όργανα μέτρησης της φροντίδας.

Ο Beck (1999) έχει επισκοπήσει έντεκα διαφορετικά ποσοτικά όργανα μέτρησης της φροντίδας. Η σύγκριση αυτών των οργάνων έχει αποκαλύψει ότι αυτά τα εργαλεία μετρούν διαφορετικές πλευρές της φροντίδας, όπως συμπεριφορές φροντίδας, η ικανότητα για φροντίδα και η αντίδραση στις συμπεριφορές φροντίδας.

Σε ορισμένες ποσοτικές μελέτες, οι ασθενείς αναγνώρισαν συμπεριφορές, όπως η επίδειξη επαρκούς κλινικής πραγματογνωμοσύνης (Larson 1984, Mayer 1987, Von Essen and Sjoden 1991a), καθώς και την χορήγηση ειλικρινών και ξεκάθαρων πληροφοριών (Von Essen and Sjoden 1991b) ως τις πιο σημαντικές, ενώ οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν, ότι οι πιο σημαντικές είναι οι εκφραστικές/συναισθηματικές συμπεριφορές. Σε μία μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε από τους Veliloglu et al (1985) στην Τουρκία με στόχο τον καθορισμό της σημασίας των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, οι νοσηλευτές δεν έδιναν ιδιαίτερη σημασία στην ικανοποίηση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών. Σε αυτή την μελέτη, οι ασθενείς επιθυμούσαν από τους νοσηλευτές να δίνουν μεγαλύτερη σημασία σε κάποιες συμπεριφορές, όπως η εγγύτητα, η τίμια συμπεριφορά, η επίδειξη ενδιαφέροντος και το χαμόγελο.

Οι ποιοτικές μελέτες διερευνούν γενικά την εμπειρία των νοσηλευτών και των ασθενών όσο αφορά στην φροντίδα. Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών υπογραμμίζουν θέματα που υποδεικνύουν μία καλή και μία κακή φροντίδα.

Ο Forrest (1989) έδειξε ότι, για τους νοσηλευτές που βρίσκονταν ακόμη στην πρακτική, η φροντίδα είναι κυρίως μία νοητική και συναισθηματική παρουσία, η οποία αναπτύσσεται μέσα από τα έντονα συναισθήματα για την εμπειρία του ασθενή.

Οι McCance et al (1997) πραγματοποίησαν μία μελέτη για να διευκρινίσουν το νόημα της φροντίδας στην νοσηλευτική χρησιμοποιώντας εννοιολογική ανάλυση. Σε αυτή την μελέτη αναγνώρισαν τέσσερα ζωτικά χαρακτηριστικά της φροντίδας: σοβαρή προσοχή, ενδιαφέρον, παροχή βοήθειας και εξοικείωση με τον ασθενή. Επιπροσθέτως, ο χρόνος, ο σεβασμός προς τα άτομα και η επιπρόσθετη φροντίδα αναγνωρίστηκαν ως παράγοντες προγενέστεροι της φροντίδας.

Οι Wilkes και Wallis (1998) μελέτησαν την φροντίδα από την σκοπιά των φοιτητών νοσηλευτικής. Η συμπόνια επιδεινούνταν από τους φοιτητές, μέσω της επικοινωνίας, της φροντίδας, της άνεσης, της ικανότητας, της αφοσίωσης, της ύπαρξης συνείδησης και του κουράγιου τους.

Ο Chipman (1991) συμπέρανε ότι οι φοιτητές νοσηλευτικής αντιλαμβάνονται την φροντίδα ως: παροχή του εαυτού τους, ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών εγκαίρως και παροχή άνεσης στους ασθενείς και στις οικογένειες τους.

Ο Anderson (1993) συμπέρανε ότι, κατά την έναρξη της εκπαίδευσής τους, οι Σουηδοί φοιτητές νοσηλευτικής είχαν μία άποψη για την νοσηλευτική, η οποία επικεντρωνόταν στα καθήκοντα. Οι νοσηλευτές θεωρούνταν ηγέτες που ασχολούνταν με τα έγγραφα και ως άτομα που παρέχουν τη φαρμακευτική αγωγή.

Ο Paley (2001) υπογραμμίζει ότι έχουν γίνει επαναλαμβανόμενες προσπάθειες ορισμού της φροντίδας στην νοσηλευτική και ότι οι συγγραφείς που προσπαθούν να ολοκληρώσουν αυτό τον στόχο συνήθως ξεκινούν με την παρατήρηση ότι η έννοια της φροντίδας είναι περίπλοκη και δυσδιάκριτη. Υποστηρίζει ότι ακόμη και στις μέρες μας δεν είμαστε κοντά στην διευκρίνιση της φροντίδας. Στο τέλος της επισκόπησης του προτείνει ότι η γνώση της φροντίδας είναι ένα σύνολο πραγμάτων που έχουν ειπωθεί για αυτή και ότι αυτός ο τρόπος κατανόησης είναι απαρχαιωμένος.

Απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα

Σύμφωνα με την Henderson (1990), η τελειότητα στην νοσηλευτική εξαρτάται από την επιλογή των πολλά υποσχόμενων υποψηφίων, ενώ πιστεύει επίσης ότι για την δημιουργία ενός προγράμματος απαιτείται συνεργασία με τις άλλες επιστήμες υγείας. Η τελειότητα για την ίδια σημαίνει ένα ολοκληρωμένο άτομο και ο τέλειος νοσηλευτής είναι αυτός που παραμένει συμπονετικός και ευαίσθητος προς τους ασθενείς, που έχει κατακτήσει πλήρως τις νοσηλευτικές, τεχνικές ικανότητες, αλλά που χρησιμοποιεί και έχει την δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις συναισθηματικές και τεχνικές αντιδράσεις του για την δημιουργία ενός μοναδικού σχεδίου, το οποίο καλύπτει τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου και την κατάσταση στην οποία αυτό βρίσκεται. Η ευθύνη μας ως νοσηλευτές εκπαιδευτές είναι να συνεισφέρουμε στην διευκρίνιση της φροντίδας και να αναπτύξουμε νοσηλευτικά προγράμματα, τα οποία θα βοηθούν στην επίτευξη των επιθυμητών νοσηλευτικών συμπεριφορών.

Η φροντίδα παραμένει ένα απαιτηλό φαινόμενο και δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία σχετικά με την φύση της σχέσης της με την νοσηλευτική (Lea & Watson 1996). Οι αντιλήψεις της φροντίδας κυμαίνονται από την υπαρξιακή (Watson 1988) έως την λειτουργική (Larson 1984), ενώ οι περιγραφές της σχέσης ανάμεσα στην φροντίδα και στην νοσηλευτική κυμαίνονται από συνώνυμες (Phillips 1993) έως λανθασμένες (Warelow 1996). Μελέτες με την χρήση του Καταλόγου των Διαστάσεων Φροντίδας (CDI, Lea et al 1998) έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η φροντίδα έχει και ψυχοκοινωνικές και επαγγελματικές/τεχνικές πλευρές και ότι οι άλλες διαστάσεις της δεν έχουν ερευνηθεί ακόμη σε βάθος. Οι παραπάνω διαστάσεις της φροντίδας είναι ανάλογες με τα επονομαζόμενα εκφραστικά και οργανικά στοιχεία της φροντίδας (Woodward 1997). Αυτό υποδεικνύει ότι είναι πιθανό να λειτουργοποιησουμε την φροντίδα, αλλά δεν διευκρινίζει απαραίτητα την σχέση ανάμεσα στην φροντίδα και στην νοσηλευτική.

Οι Watson & Lea (1997) ανέπτυξαν μία κλίμακα Mokken από έναν CDI, ο οποίος περιείχε 11 παραμέτρους με τις ψυχοκοινωνικές νοσηλευτικές δράσεις (π.χ.

ακούμε τον ασθενή) να λαμβάνουν μεγάλη έμφαση και τις επαγγελματικές - τεχνικές πλευρές (π.χ. τεχνική αρτιότητα) να λαμβάνουν λιγότερη έμφαση.

Οι κλίμακες Mokken είναι τακτικές, μονοδιάστατες και συγκεντρωτικές, ενώ μία θετική αντίδραση προς ένα συγκεκριμένο αντικείμενο υποδεικνύει ποια από τα υπόλοιπα αντικείμενα έχουν λάβει θετική απάντηση. Χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα, οι Watson & Lea (1997) έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις της φροντίδας ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες και ανάμεσα στους μεγαλύτερους και νεότερους νοσηλευτές. Οι διαφορές στις αντιλήψεις της φροντίδας λόγω της ηλικίας μπορεί να οφείλονται στα αποτελέσματα των ομάδων (π.χ. οι διαφορές στην κοινωνική κατάσταση την περίοδο της εκπαίδευσης και των πρώτων εργασιακών χρόνων επηρεάζουν τις αντιλήψεις). Εναλλακτικά, τέτοιες διαφορές μπορούν να αντικατοπτρίζουν τις αναπτυξιακές διαδικασίες, οι οποίες έχουν αναφερθεί από τους Benner (1984) και Melia (1987) κατά την εξέλιξη των νοσηλευτών από αρχάριους σε ειδήμονες και κατά την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των νοσηλευτών αντίστοιχα. Οι παραπάνω μελέτες είναι διατμηματικές και υπόκεινται στις επιρροές των ομάδων, οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν από τις μακροχρόνιες μελέτες. Ο Manninen (1998) χρησιμοποίησε έναν κατάλογο για να μετρήσει τις αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής καθώς αυτοί εξελίσσονταν κατά την διάρκεια εκπαίδευσης 3 χρόνων. Παρόλα αυτά, υπογραμμίστηκε μία αδυναμία των μακροχρόνιων μελετών, δηλαδή το υψηλό επίπεδο εγκατάλειψης. Η ανάλυση παραγόντων αποκάλυψε μία δομή τριών παραγόντων όσον αφορά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών, με τον ψυχοκοινωνικό, επαγγελματικό και τεχνικό παράγοντα να έχουν παρόμοια δομή με τις αντιλήψεις που παρατηρήθηκαν από τους Lea et al (1998). Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής τους, οι φοιτητές της μελέτης του Manninen θεωρούσαν με αυξανόμενο βαθμό ότι η νοσηλευτική είναι μία ψυχοκοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα και όχι μία τεχνική δραστηριότητα. Οι Watson & Lea (1997) αναφέρουν ότι οι νεαρότεροι φοιτητές αντιμετώπιζαν την φροντίδα ψυχοκοινωνικά και οι μεγαλύτεροι πιο επαγγελματικά και τεχνικά.

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΨΗ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μελέτη για την άποψη των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα στην Τουρκία

Το 1999-2000 πραγματοποιήθηκε μια μελέτη ανάλογη με τη δική μας (από τις Elgicil & Sari) σε τελειόφοιτους της νοσηλευτικής, που έκαναν την πρακτική άσκησή τους σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές καθώς και στην μαιευτική/γυναικολογική. Από τους 39 φοιτητές του τελευταίου έτους δήλωσαν εθελοντική συμμετοχή οι 19. Η μέθοδος της έρευνας ήταν συνεντεύξεις στις οποίες ζητήθηκε από τους νοσηλευτές να περιγράψουν περιστατικά, στα οποία παρατήρησαν συμπεριφορές που είτε περιείχαν φροντίδα είτε όχι. Οι συνεντεύξεις μελετήθηκαν επισταμένα και κωδικοποιήθηκαν για την εύρεση αναδυόμενων θεμάτων. Τα κωδικοποιημένα θέματα ταξινομήθηκαν και τα μικρότερης σημασίας εννοιολογικά θέματα ταξινομήθηκαν επίσης. Ήταν ενδιαφέρον το γεγονός ότι 7 από τους 19 φοιτητές δήλωσαν ότι δεν παρατήρησαν συμπεριφορές φροντίδας στο νοσοκομείο. Από την ανάλυση των δεδομένων, τα θέματα της φροντίδας τοποθετήθηκαν σε δύο ομάδες: επαγγελματική/βοηθητική συμπεριφορά και τεχνική δεξιότητα. Παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1 Ορισμοί των θεμάτων που εμφανίστηκαν σε αυτή την μελέτη

Ομάδες	Κύριο θέμα	Ορισμός
Επαγγελματική/βοηθητική σχέση	Σεβασμός	Χρήση του ονόματος του ασθενή, ιδιωτικότητα, ειλικρίνεια, δικαιοσύνη, παροχή σημασίας, απουσία πρόκλησης ζημίας
	Ενδιαφέρον	Ο ασθενής είναι πιο σημαντικός από

		το καθημερινό πρόγραμμα
	Συμπόνια	Τρυφερότητα, φιλικότητα, το να κάνει κανείς μικρά πράγματα για τον ασθενή, παροχή ελπίδας, κατανόηση
	Επικοινωνία	Το να ακούει κανείς με προσοχή, άγγιγμα, εκπαίδευση, παροχή πληροφοριών
	Άνεση	Υποβοήθηση, βοήθηση των ασθενών να ικανοποιήσουν τις φυσικές τους ανάγκες
Τεχνική δεξιότητα		Πραγματοποίηση κατάλληλων τεχνικών διαδικασιών

Η επαγγελματική/βοηθητική σχέση με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους θεωρήθηκε μία ιδιαίτερα σημαντική πλευρά της φροντίδας από τους φοιτητές της νοσηλευτικής. Η ανάλυση των δεδομένων αποκάλυψε ότι ο στόχος της επαγγελματικής/βοηθητικής σχέσης είναι η παροχή βοήθειας και άνεσης προς τους ασθενείς. Ο σεβασμός, η συμπόνια, το ενδιαφέρον και η επικοινωνία θεωρήθηκαν τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας μίας βοηθητικής/επαγγελματικής σχέσης. Τα θέματα αυτής της ομάδας και τα περιστατικά, τα οποία καταγράφηκαν από τους φοιτητές και σχετίζονται με τα θέματα, παρουσιάζονται παρακάτω. Τα παραδείγματα είτε συμπεριφοράς φροντίδας είτε όχι, τα οποία σχετίζονται με τα θέματα, παρουσιάζονται μαζί.

Η επίδειξη σεβασμού προς τον ασθενή θεωρήθηκε ένα κύριο στοιχείο για την σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Οι περισσότεροι φοιτητές δήλωσαν ότι οι ασθενείς δεν πρέπει να θεωρούνται αντικείμενα ή σώματα. Αντίθετα, πρέπει να αντιμετωπίζονται συνολικά και με σεβασμό. Οι περισσότεροι φοιτητές αναγνώρισαν ότι οι ασθενείς είναι άτομα, τα οποία απαιτούν ιδιωτικότητα.

Τα παραδείγματα των μαθητών αφορούσαν κυρίως την αξία του ασθενή, χρησιμοποιώντας το όνομα του κατά την επικοινωνία, την ιδιωτικότητα, την δικαιοσύνη, την ειλικρίνεια και την αποτροπή πρόκλησης βλάβης.

Επικοινωνία

Η επικοινωνία θεωρείται ένα ακόμη ζωτικό στοιχείο της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Όλοι οι φοιτητές νοσηλευτικής δήλωσαν ότι οι εποικοδομητικές διαπροσωπικές σχέσεις και η καλή νοσηλευτική φροντίδα εξαρτώνται από την καλή επικοινωνία. Η επικοινωνία θεωρείται σημαντικό εργαλείο για την συναισθηματική στήριξη των ασθενών και την ενθάρρυνση τους ώστε να εμπλέκονται στην φροντίδα τους. Σύμφωνα με τους φοιτητές αυτό μπορεί να γίνει μέσω της παροχής πληροφοριών, της ομιλίας, του αγγίγματος και του ακούσματος με προσοχή.

Συμπόνια

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής έδωσαν έμφαση στα συναισθήματα των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς. Δήλωσαν ότι η συμπόνια και το ενδιαφέρον ήταν πολύ σημαντικά χαρακτηριστικά της φροντίδας. Ως συμπόνια θεωρήθηκε η αγάπη, η ύπαρξη και το να μοιράζεται κάποιος συναισθήματα, το να κάνει ο νοσηλευτής μικρά πράγματα για τον ασθενή και η κατανόηση των συναισθημάτων του ασθενή.

Άνεση

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής έδωσαν έμφαση στην υποβοήθηση των ασθενών ώστε να ικανοποιούνται οι βασικές τους ανάγκες. Δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να βλέπουν τον ασθενή ως σύνολο, να τον σέβονται και να ικανοποιούν τις ανάγκες του με κατάλληλο τρόπο.

Ενδιαφέρον

Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της φροντίδας που υπογράμμισαν οι φοιτητές ήταν το ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον θεωρήθηκε ως μία έννοια σχετική με την συμπόνια και τον σεβασμό. Στου ασθενείς, το ενδιαφέρον εκδηλώνεται από το να θεωρείται ο ασθενής σημαντικότερος από την καθημερινή ρουτίνα και από την προώθηση της υγείας του.

Τεχνική δεξιότητα

Η ικανότητα των νοσηλευτών να προσφέρουν φροντίδα θεωρήθηκε ότι εξαρτάται από τις δεξιότητές τους. Οι περισσότεροι από τους φοιτητές δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές πρέπει να αυξήσουν την γνώση και τις ικανότητες τους και ότι πρέπει να ακολουθούν τις εξελίξεις στην νοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με τους φοιτητές, για να παρέχεται καλή νοσηλευτική φροντίδα, οι νοσηλευτές πρέπει να αυξήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητες τους.

Σε αυτή την ομάδα έχουμε ένα παράδειγμα συμπεριφορών φροντίδας, οι οποίες σχετίζονται με την χρήση σωστών τεχνικών ασηψίας και ένα παράδειγμα απουσίας φροντίδας που σχετίζεται με λανθασμένες τεχνικές ασηψίας, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από την λανθασμένη οδό, χρήση μαξιλαριού σε σχήμα ντόνατ για την φροντίδα έλκους κατάκλισης και σκούπισμα του κατώτερου τμήματος των καθετήρων κατά την φροντίδα τους.

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής έδωσαν έμφαση στα ηθικά ζητήματα και στην συναισθηματική στήριξη κατά την επαγγελματική/υποβοηθητική σχέση με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Οι Elcigil A. & Sari H.Y. αναφέρουν ότι παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και σε άλλες μελέτες φοιτητών νοσηλευτικής άλλων χωρών. Συγκεκριμένα, η σημασία της συμπόνιας συμφωνεί με ευρήματα των Lundberg και Boonprasabhal (2001) και Wilkes και Wallis (1998). Η σημασία της ικανότητας συμφωνεί με τα ευρήματα των Lundberg και Boonprasabhal (2001), ενώ η σημασία της άνεσης με τα ευρήματα των Kersten et al (1991), Chipman (1991) και Lundberg και Boonprasabhal (2001). Η επικοινωνία συμφωνεί με τα ευρήματα των Wilkes και Wallis (1998) και Lundberg και Boonprasabhal (2001).

Αυτά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές πιστεύουν στην σημασία των ηθικών αρχών, οι οποίες αποτελούν την βάση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων. Ο σεβασμός της ιδιωτικότητας είναι ένα κυρίαρχο στοιχείο της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή και των βασικών ηθικών αρχών. Οι άλλες αρχές, όπως η αυτονομία, οι καλές πράξεις, η αποφυγή της βλάβης, η δικαιοσύνη και η προσωπική ζωή βασίζονται σε αυτή την αρχή (Berlandi 1997, Fowler 1989, Beerman 1997). Ο σεβασμός προς το άτομο οδηγεί επίσης στο δικαίωμα του ασθενή για μία αποτελεσματική και κατάλληλη φροντίδα. Όπως συμπέρανε ο Frankena (1983), η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει σεβασμό και αγάπη για τους άλλους, επιτρέποντας την ανάπτυξη και αυτού που την παρέχει και αυτού που την δέχεται.

Σύμφωνα με τον Gadon, η ηθική της φροντίδας εστιάζει στην σχέση νοσηλευτή-ασθενή και την αφοσίωση που αυτή συνεπάγεται. Η κύρια αρχή που υπογραμμίζει την ηθική της φροντίδας είναι η προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και η άμβλυνση της τρωτότητας του ασθενή (Nouredine 2001).

Ο Mooney (1988) δήλωσε ότι η νοσηλευτική θεωρία, η οποία βασίζεται στην εφαρμογή επιστημονικής γνώσης στις αλληλεπιδράσεις νοσηλευτικής-φροντίδας, πρέπει να έχει ηθικό περιεχόμενο. Συνέστησε την συμπερίληψη έξι ηθικών ζητημάτων: η ιδιωτικότητα, τα δικαιώματα του ατόμου, η συγκατάθεση, τα δικαιώματα της κοινωνίας, η διανεμητική δικαιοσύνη και η προσωπική ακεραιότητα. Η θεωρία φροντίδας της Swanson (1993) υποδεικνύει βασικά ηθικά ζητήματα. Σύμφωνα με αυτή, οι ηθικοί παράγοντες είναι ο πελάτης και ο νοσηλευτής. Η ευθύνη του νοσηλευτή είναι να συνδυάσει την επιστημονική γνώση, το ενδιαφέρον για τον ανθρωπισμό και την προσωπική δέσμευση στην φροντίδα του. Η θεωρία δεν παρέχει ξεκάθαρες οδηγίες για την ηθική λήψη αποφάσεων. Ζητάει μόνο από τους νοσηλευτές να γνωρίζουν τις αξίες τους, να αποφεύγουν τις εικασίες και να αναγνωρίζουν τότε χρειάζονται στήριξη στον ρόλο φροντίδας.

Οι νοσηλευτές παίζουν ρόλο κλειδί στην ομάδα φροντίδας υγείας, διότι προωθούν την ευζωία του ασθενή. Για να εκπληρώσουν αυτό το ρόλο, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ηθικοί πάντα, ώστε να βεβαιώνουν ότι η φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς ακολουθεί το συμφέρον τους (Maier-Lorentz 2000).

Είναι σημαντικό να φροντίζουμε ώστε οι φοιτητές νοσηλευτικής να αποκτούν επαγγελματικές αξίες για μία ηθική φροντίδα. Πιστεύεται, ότι η επαγγελματική κοινωνικοποίηση στην νοσηλευτική λαμβάνει χώρα κυρίως, αλλά όχι εξ ολοκλήρου, κατά την διάρκεια της παρακολούθησης βασικών νοσηλευτικών προγραμμάτων. Συνεχίζει μετά την αποφοίτηση, όταν οι φοιτητές εισέλθουν στην νοσηλευτική πρακτική τους. Ο Chitty (2001) δήλωσε ότι αυτή η διαδικασία απαιτεί την εσωτερικοποίηση της γνώσης, των ικανοτήτων, των στάσεων, των απόψεων, των προτύπων, των αξιών και των ηθικών προτύπων από τους φοιτητές, ενώ αυτά τα χαρακτηριστικά πρέπει να γίνουν τμήμα της ίδιας της εικόνας και της συμπεριφοράς τους. Έτσι, οι νοσηλευτές εκπαιδευτές, οι φοιτητές και οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη της ανάπτυξης μίας επαγγελματικής ταυτότητας για τους φοιτητές νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές εκπαιδευτές πρέπει να αναρωτηθούν ποιες εκπαιδευτικές εμπειρίες απαιτούνται για την ανάπτυξη μίας κατάλληλης επαγγελματικής ταυτότητας για τους φοιτητές. Έτσι, είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε την έννοια της φροντίδας, η οποία θεωρείται το κέντρο της νοσηλευτικής. Αν και είναι δύσκολο να ορίσουμε και να μετρήσουμε την φροντίδα, οι εκπαιδευτές πρέπει να αναζητήσουν ενεργά τον τρόπο που θα αναπτύξουν την κατανόησή τους. Το νοσηλευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει όχι μόνο φυσική επιστήμη και τεχνικές ικανότητες, αλλά και την ικανότητα της χρησιμοποίησης του εαυτού θεραπευτικά. Ο Forest (1989) τονίζει την ανάγκη, οι εκπαιδευτές να δείξουν στους φοιτητές πώς να δημιουργούν σχέσεις κατανόησης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και έτσι να λειτουργήσουν ως μοντέλα νοσηλευτικής, αξιολογώντας τους φοιτητές και αποτελώντας ισχυρή επιρροή για αυτούς. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό για τους φοιτητές να περάσουν αρκετό χρόνο με νοσηλευτές, οι οποίοι λειτουργούν ως μοντέλα, σε εργασιακά περιβάλλοντα. Οι εκπαιδευτές πρέπει να βοηθήσουν τους φοιτητές να το κατανοήσουν και να συνεργαστούν μαζί τους.

Η εκπαίδευση είναι μία διαδικασία ανάπτυξης της επιθυμητής συμπεριφορικής αλλαγής στους φοιτητές. Για την επίτευξη αυτής της αλλαγής, απαιτείται συνεχής βελτίωση των νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένης της διδακτέας ύλης και των μεθόδων διδασκαλίας. Είναι

χρήσιμο να γνωρίζουμε τα νοήματα της φροντίδας των τελειόφοιτων φοιτητών, καθώς μπορούμε να βελτιώσουμε τα νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα. Επίσης, εάν οι εκπαιδευτές γνωρίζουν τα νοήματα φροντίδας των φοιτητών, μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τις απόψεις τους όσο αφορά τις νοσηλευτικές πρακτικές.

Μελέτη της άποψης των φοιτητών της Νοσηλευτικής για την Φροντίδα με τη χρήση Καταλόγου Διαστάσεων Φροντίδας

Πραγματοποιήθηκε μία μακροχρόνια μελέτη μίας ομάδας φοιτητών νοσηλευτικής έτσι ώστε να ερευνηθεί, εάν υπάρχουν αλλαγές στις αντιλήψεις της νοσηλευτικής και της φροντίδας και πώς σχετίζονται οι αντιλήψεις αυτές μεταξύ τους.

Χρησιμοποιήθηκε ο Κατάλογος των Διαστάσεων Φροντίδας (Caring Dimensions Inventory – CDI) και ο Κατάλογος των Διαστάσεων Νοσηλευτικής (Nursing Dimensions Inventory – NDI) για την συλλογή δεδομένων κατά την έναρξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και μετά από 12 μήνες. Υπήρξαν σημαντικές αλλαγές στις βαθμολογίες μίας κλίμακας αντικειμένων και στους δύο καταλόγους, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι φοιτητές χάνουν ένα μέρος του ιδεαλισμού τους σχετικά με την νοσηλευτική μετά από 12 μήνες εκπαίδευσης. Ενώ η συνολική ταξινόμηση των δύο καταλόγων ήταν παρόμοια, ήταν δυνατό να τους διαχωρίσουμε κατά την έναρξη της εκπαίδευσης και να παρατηρήσουμε μία αλλαγή, ιδιαίτερα στον CDI με την πάροδο του χρόνου μέσω ταξινόμησης Mokken. Φαίνεται ότι η νοσηλευτική και η φροντίδα γίνονται συνώνυμοι όροι για τους φοιτητές της νοσηλευτικής μετά από 12 μήνες εκπαίδευσης. Βαθμολογίες παραγόντων, όσο αφορά σε παράγοντες που αναγνωρίστηκαν στον CDI σε προηγούμενη μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν για να ερευνηθεί, εάν αυτές οι βαθμολογίες άλλαξαν μετά από 12 μήνες εκπαίδευσης σε σύγκριση με την έναρξη της. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές.

Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν η πραγματοποίηση μίας μακροχρόνιας έρευνας των αντιλήψεων των φοιτητών νοσηλευτικής όσο αφορά στην φροντίδα καθώς αυτοί προχωρούσαν την εκπαίδευσή τους. Μελετήθηκε η σχέση ανάμεσα στην νοσηλευτική και την φροντίδα μέσω ενός καταλόγου, ο οποίος συγκέντρωνε τις αντιλήψεις σχετικά με την νοσηλευτική (NDI) και την φροντίδα (CDI). Η εργασία αυτή αποτελεί τμήμα μίας μεγαλύτερης μελέτης, η οποία περιλαμβάνει τις ίδιες ομάδες νοσηλευτών, αλλά στην οποία συλλέχθηκαν, εκτός από τα δεδομένα φροντίδας και νοσηλευτικής, μία μεγάλη κλίμακα ψυχομετρικών μεταβλητών.

Η ανάπτυξη, η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του αρχικού CDI 25 αντικειμένων περιγράφεται από τους Watson & Lea (1997). Η εκδοχή του CDI που χρησιμοποιείται στην παρούσα μελέτη έχει 35 διαστάσεις. Οι επιπρόσθετες διαστάσεις προστέθηκαν για να ερευνηθούν οι επιπρόσθετες θεωρούμενες διαστάσεις, για τις οποίες έχουν δώσει αποδείξεις οι Lea et al (1998). Ο NDI αναπτύχθηκε από τον CDI με την χρήση ανάλογων αντικειμένων. Η κύρια ερώτηση 'Θεωρείτε ότι οι παρακάτω πλευρές της νοσηλευτικής πρακτικής δείχνουν φροντίδα;' διατυπώθηκε ως 'Ως νοσηλευτής, είναι σημαντικό για εμένα να:', ενώ ζητήθηκε από τους φοιτητές να αξιολογήσουν την σημασία των αντικειμένων χρησιμοποιώντας κλίμακας Likert 5 βαθμών. Ο NDI εισήχθη για να ερευνηθεί το εάν οι νοσηλευτές διαχωρίζουν την νοσηλευτική και την φροντίδα και εάν απαντούν στις ερωτήσεις του CDI ανάλογα με το τι θεωρούν σημαντικό.

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες και σκόπευαν να ακολουθήσουν τον κλάδο ενηλίκων της νοσηλευτικής. Η κλίμακα της ηλικίας ήταν ευρεία. Αυτές οι αναλογίες αντικατοπτρίζουν τα εθνικά πρότυπα όσο αφορά στην ισορροπία των φύλων στην νοσηλευτική.

Οι δύο κατάλογοι παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Τα αντικείμενα στους CDI και NDI είναι ανάλογα. Παρόλα αυτά, η κύρια ερώτηση διαφέρει.

Πίνακας 3. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη με τις αντίστοιχες κύριες ερωτήσεις

(α) Κατάλογος των Διαστάσεων Φροντίδας (DCI)

Κύρια Ερώτηση: 'Θεωρείτε ότι οι παρακάτω πλευρές της νοσηλευτικής πρακτικής δείχνουν φροντίδα;'

Απάντηση με χρήση κλίμακας Likert 5 βαθμών: 1 [διαφωνώ έντονα] έως 5 [συμφωνώ έντονα]

1. Βοηθώ τον ασθενή σε μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κτλ).
 2. Δημιουργώ νοσηλευτικό ιστορικό του ασθενή.
 3. Νιώθω λύπη για τον ασθενή.
 4. Μαθαίνω τον ασθενή ως άνθρωπο.
 5. Εξηγώ μία κλινική διαδικασία στον ασθενή.
 6. Είμαι ντυμένος προσεγμένα όταν εργάζομαι με έναν ασθενή.
 7. Κάθομαι με τον ασθενή.
 8. Διερευνώ τον τρόπο ζωής του ασθενή.
 9. Αναφέρω την κατάσταση του ασθενή στον ανώτερο νοσηλευτή.
 10. Μένω με τον ασθενή κατά την διάρκεια μίας κλινικής διαδικασίας.
 11. Είμαι ειλικρινής με τον ασθενή
 12. Οργανώνω την δουλειά άλλων για τον ασθενή.
 13. Ακούω τον ασθενή.
 14. Συμβουλευόμαι τον ιατρό για τον ασθενή.
 15. Καθοδηγώ τον ασθενή για μια πλευρά της προσωπικής του φροντίδας (πλύσιμο, ντύσιμο κτλ)
 16. Μοιράζομαι τα προσωπικά μου προβλήματα με τον ασθενή.
 17. Κρατάω τους συγγενείς του ασθενή ενημερωμένους.
 18. Παρακολουθώ τα ζωτικά σημεία του ασθενή (π.χ. σφυγμός και πίεση του αίματος).
 19. Βάζω τις ανάγκες του ασθενή πάνω από τις δικές μου.
 20. Είμαι τεχνικά ικανός σε μία κλινική διαδικασία.
 21. Εμπλέκω τον ασθενή στην φροντίδα του.
 22. Προσφέρω επιβεβαίωση για μία κλινική διαδικασία.
-

23. Προσεύχομαι για τον ασθενή.
24. Αντιμετωπίζω τα προβλήματα όλων μαζί.
25. Παρατηρώ τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή.
26. Αναγκάζω τον ασθενή να κάνει κάτι, ακόμη και εάν δεν το θέλει.
27. Βεβαιώνω έναν ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας ότι δεν πρόκειται να πεθάνει.
28. Συνεχίζω να εργάζομαι και μετά το τέλος της βάρδιας μου για να ολοκληρώσω την εργασία μου.
29. Πηγαίνω στην εργασία μου όταν δεν νιώθω καλά.
30. Είμαι ευδιάθετος με τον ασθενή.
31. Κανονίζω να δει ο ασθενής τον ιερέα του.
32. Παρέχω ιδιωτικό χώρο στον ασθενή.
33. Διατηρώ επαφή με τον ασθενή και μετά το εξιτήριο του.
34. Φαίνομαι συνέχεια απασχολημένος.
35. Ικανοποιώ τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή.

Τα αντικείμενα αυτά συμπεριλαμβάνονται στην αρχική έκδοση 25 αντικειμένων του CDI (Watson & Lea 1997)

(β) Κατάλογος των Διαστάσεων Νοσηλευτικής 35 αντικειμένων (NDI)

Κύρια Ερώτηση: 'Ως νοσηλεύτης, είναι σημαντικό για εμένα να:'

Απάντηση με χρήση κλίμακας Likert 5 βαθμών: 1 [διαφωνώ έντονα] έως 5 [συμφωνώ έντονα]

1. Εμπλέκω τον ασθενή στην φροντίδα του.
2. Προσφέρω επιβεβαίωση για μία κλινική διαδικασία.
3. Προσεύχομαι για τον ασθενή.
4. Αντιμετωπίζω τα προβλήματα όλων μαζί.
5. Παρατηρώ τα αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή.
6. Διατηρώ επαφή με τον ασθενή και μετά το εξιτήριο του.
7. Βεβαιώνω έναν ασθενή που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ασθένειας ότι δεν πρόκειται να πεθάνει.

8. Συνεχίζω να εργάζομαι και μετά το τέλος της βάρδιας μου για να ολοκληρώσω την εργασία μου.
 9. Πηγαίνω στην εργασία μου όταν δεν νιώθω καλά.
 10. Ικανοποιώ τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή.
 11. Είμαι ευδιάθετος με τον ασθενή.
 12. Παρέχω ιδιωτικό χώρο στον ασθενή.
 13. Αναγκάζω τον ασθενή να κάνει κάτι, ακόμη και εάν δεν το θέλει.
 14. Φαίνομαι συνέχεια απασχολημένος.
 15. Κανονίζω να δει ο ασθενής τον ιερέα του.
 16. Βοηθώ τον ασθενή με μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κτλ).
 17. Κρατάω το ιστορικό του ασθενή ενημερωμένο.
 18. Νιώθω λύπη για τον ασθενή.
 19. Μαθαίνω τον ασθενή ως άνθρωπο.
 20. Εξηγώ μία κλινική διαδικασία στον ασθενή.
 21. Είμαι ντυμένος προσεγμένα όταν εργάζομαι με έναν ασθενή.
 22. Κάθομαι με τον ασθενή.
 23. Διερευνώ τον τρόπο ζωής του ασθενή.
 24. Αναφέρω την κατάσταση του ασθενή στον ανώτερο νοσηλευτή.
 25. Μένω με τον ασθενή κατά την διάρκεια μίας κλινικής διαδικασίας.
 26. Είμαι ειλικρινής με τον ασθενή
 27. Οργανώνω την δουλειά άλλων για τον ασθενή.
 28. Ακούω τον ασθενή.
 29. Συμβουλευόμαι τον ιατρό για τον ασθενή.
 30. Καθοδηγώ τον ασθενή για μια πλευρά της προσωπικής του φροντίδας (πλύσιμο, ντύσιμο κτλ)
 31. Μοιράζομαι τα προσωπικά μου προβλήματα με τον ασθενή.
 32. Κρατάω τους συγγενείς του ασθενή ενημερωμένους.
 33. Παρακολουθώ τα ζωτικά σημεία του ασθενή (π.χ. σφυγμός και πίεση του αίματος).
 34. Βάζω τις ανάγκες του ασθενή πάνω από τις δικές μου.
-

35. Είμαι τεχνικά ικανός σε μία κλινική διαδικασία.

Βαθμολογίες αντικειμένων

Οι μέσες βαθμολογίες των 10 αντικειμένων CDI και NDI, τα οποία αλλάζουν σημαντικά ανάμεσα στον χρόνο 1 και 2 και σύμφωνα με το t-τεστ ($P < 0.05$), παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Οι μέσες βαθμολογίες επτά αντικειμένων μειώθηκαν στον χρόνο 2 σε σύγκριση με τον χρόνο 1 και οι μέσες βαθμολογίες τριών αντικειμένων αυξήθηκαν. Η αλλαγή της βαθμολογίας των υπόλοιπων αντικειμένων είτε ήταν σημαντική μόνο σε έναν κατάλογο είτε δεν ήταν σημαντική. Μόνο περίπου δύο αντικείμενα αναμένεται να αλλάξουν σημαντικά σε $P < 0.05$. Ορισμένα αντικείμενα θεωρούνται πιο σημαντικά από τους νοσηλευτές και περιλαμβάνουν την υποβοήθηση, την εμπλοκή και την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, ενώ άλλα δεν θεωρήθηκαν ιδιαίτερα σημαντικά. Οι αλλαγές στις βαθμολογίες ήταν συνεπείς με μία κλίμακα πλευρών της νοσηλευτικής, όπως η παραμονή στην εργασία περισσότερο από το απαιτούμενο, η εργασία ενώ ο νοσηλευτής δεν νιώθει καλά, η πρόσχαρη διάθεση και η συνεχής απασχόληση, παράγοντες οι οποίοι έλαβαν μικρότερες βαθμολογίες στους 12 μήνες σε σύγκριση με την έναρξη της εκπαίδευσης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Ως μεθοδολογία για την έρευνά μας επιλέχθηκε η ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Σκοπός της ποιοτικής έρευνας δεν είναι η μέτρηση αλλά η γνωριμία και η κατανόηση των φαινομένων (Leininger, 1985). Αυτό το είδος έρευνας χρησιμοποιείται γενικά για να ανακαλυφθούν περισσότερα στοιχεία ενός τομέα, από τον οποίο μόνο λίγα είναι γνωστά (Field and Mors, 1985). Η ποιοτική εφαρμογή εξετάζει σημασίες, τις οποίες οι άνθρωποι κατατάσσουν σε κοινωνικές όψεις. Αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για φαινόμενα «τα οποία δεν μπορούν να διασπαστούν σε μεμονωμένα μέρη, χωρίς να χαθεί η όψη του όλου» (Bokom and Rimen, 1987).

Πρακτικά αποτελέσματα σκιαγραφούν συχνά στοιχεία που ανακαλύφθηκαν ποσοτικά (Goutvin and Goutvin, 1984, Knalf and Houarnd 1984, Polit and Counger, 1989).

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της άποψης των φοιτητών της νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς. Ειδικότερα, αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτελεί τόσο η αποσαφήνιση της έννοιας της φροντίδας και η παράθεση των δομικών εννοιών που τη συνιστούν όσο και πως αντιλαμβάνονται τον όρο «φροντίδα» οι φοιτητές του εν λόγω Τ.Ε.Ι.. Στους στόχους αυτούς ακριβώς αναφέρονται οι ερευνητικές ερωτήσεις, τις οποίες χρησιμοποιήσαμε για τη μελέτη αυτή.

Δείγμα της μελέτης

Η επιλογή του δείγματος έγινε με δείγμα ευκολίας, με βάση τη συναίνεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα κατόπιν ενημερώσεώς τους για το σκοπό της έρευνας και την εξαγωγή συμπερασμάτων σε συλλογικό και όχι ατομικό χαρακτήρα.

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε όπως αναφέραμε σε σπουδαστές νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Λάρισας, μέσα από συνεντεύξεις. Το υλικό της έρευνας αποτέλεσε δείγμα τριάντα (30) φοιτητών, η οποίοι συμφώνησαν να συμμετέχουν εθελοντικά στην εργασία. Όλοι οι φοιτητές φοιτούσαν στα τρία πρώτα έτη (πρώτο έως και έκτο εξάμηνο), είχαν ήδη ξεκινήσει την κλινική άσκηση στο νοσοκομείο. Οι 21 από τους συμμετέχοντες ήταν κορίτσια και οι 9 ήταν αγόρια. Οι ηλικίες των φοιτητών ήταν από 18 ως και 22 ετών.

Η ανάλυση των φαινομενολογικών στοιχείων

Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου έχει οριστεί, ως «μια ερευνητική μέθοδος για την υποκειμενική ερμηνεία του περιεχομένου των στοιχείων κειμένων, μέσω της συστηματικής διαδικασίας ταξινόμησης και αναγνώρισης παρόμοιων θεμάτων ή μοτίβων λόγου» (Hsieh & Shannon, 2005: 1278). Κατά τον Mayring (Mayring, 2000: 2), η ανάλυση περιεχομένου προσεγγίζεται μέσω της εμπειρικής, μεθοδολογικής ελεγχόμενης ανάλυσης των κειμένων, όσον αφορά το περιεχόμενο, ακολουθώντας τους κανόνες της ανάλυσης περιεχομένου και μέσα από σταδιακά βήματα, χωρίς βιαστική ποσοτικοποίηση των δεδομένων.

Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου δεν περιορίζεται μόνο στην απλή καταγραφή λέξεων ή την εξαγωγή του αντικειμενικού περιεχομένου των κειμένων για να εξετάσει τις έννοιες, τα θέματα και τα μοτίβα που μπορούν να είναι προφανή ή λανθάνοντα σε ένα συγκεκριμένο κείμενο. Επιτρέπει στον ερευνητή να καταλάβει την κοινωνική πραγματικότητα κατά τρόπο υποκειμενικό αλλά επιστημονικό.

Σύμφωνα με τον B. Berelson (1952), η ανάλυση περιεχομένου είναι «μια τεχνική έρευνας που εφαρμόζεται για να επιτευχθεί η αντικειμενική, συστηματική και

ποσοτική περιγραφή του εμφανούς περιεχομένου των επικοινωνιών με τελικό στόχο την ερμηνεία τους» (Λαμπίρη – Δημάκη, 1990: 76). Είναι μια πολύμορφη μέθοδος ελεγχόμενης και συστηματικής περιγραφής και ερμηνείας του γραπτού και του προφορικού λόγου. Εξαιτίας των ευρηματικών και επαληθευτικών λειτουργιών και των δυνατοτήτων για συναγωγή συμπερασμάτων ως προς τις συνθήκες παραγωγής, αλλά και της αποδοχής του επικοινωνιακού μηνύματος που την χαρακτηρίζουν, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη ως εργαλείο, είτε, ως κύριο εργαλείο, της έρευνας, είτε ως βοηθητικό, δίπλα σε άλλες τεχνικές, όπως στα μη δομημένα ερωτηματολόγια και στις συνεντεύξεις (Σακαλάκη στο Παπαστάμου, 2001: 477).

Με την ανάλυση περιεχομένου επιτυγχάνεται η μετατροπή του ποιοτικού υλικού σε ποσοτικό και μετρήσιμο. Η ανάλυση περιεχομένου μπορεί να είναι ποιοτικού ή ποσοτικού τύπου. Στην ποσοτική ανάλυση ενδιαφέρει πόσο συχνά εμφανίζεται η ενότητα ανάλυσης, ενώ στην ποιοτική ανάλυση ενδιαφέρει αν υπάρχει ή δεν υπάρχει κάποιο χαρακτηριστικό.

Η τεχνική αυτή μετατρέπει δευτερογενές υλικό ποιοτικής φύσης σε μορφή ποσοτικών δεδομένων. Αν και επί το πλείστον έχει συνδεθεί με την ανάλυση του γραπτού και του προφορικού λόγου στο πλαίσιο των μέσων μαζικής επικοινωνίας, μπορεί να εφαρμοστεί σε οποιονδήποτε επικοινωνιακό λόγο ή μήνυμα, σε όποια μορφή και αν εμφανίζεται (Κυριαζή, 2002:283). Λόγου χάρη, σε άρθρα του Τύπου, σε διαφημίσεις, επικοινωνίες στο πλαίσιο επιχειρήσεων, νοσοκομείων, πανεπιστημίων, σε μικρές αγγελίες, λογοτεχνικά ή επιστημονικά κείμενα, πολιτικοί λόγοι, υλικό συνεντεύξεων (Σακαλάκη στο Παπαστάμου, 2001: 478).

Η ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης έγινε σύμφωνα με την τεχνική της ανάλυσης περιεχομένου με την μέθοδο Mayring (περίληψη). Κεντρικό στοιχείο είναι η συστηματική, η με ρητούς κανόνες και με γνώμονα το περιεχόμενο συντηρητική περίληψη του αναλυτικού υλικού, με στόχο τη μείωση σε ένα διαχειρίσιμο σώμα. Σκοπός της ανάλυσης είναι να μειωθεί ή ελαττωθεί το υλικό έτσι ώστε να παραμείνει το ουσιαστικό περιεχόμενο, δια μέσου της αφαίρεσης του να δημιουργηθεί ένα ξεκάθαρο και σαφές σώμα, το οποίο αποτελεί εικόνα του βασικού υλικού.

Σε περισσότερα από ένα βήματα εργασίας γίνεται προσπάθεια να παραφρασθεί το διαθέσιμο υλικό, να περιορισθεί συστηματικά, και να μειωθεί σε βασικές έννοιες με ουσιώδες νοηματικό περιεχόμενο. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένα πλέγμα κατηγοριών, οι οποίες περιέχουν μια διαρθρωμένη θεματική δομή. Για την αναλυτική τεχνική του περιορισμού/περίληψης ο Mayring προτείνει ένα μοντέλο ροής με την ακόλουθη σειρά βημάτων:

Z1: Παράφραση

Z2: γενίκευση στο επίπεδο της αφαίρεσης

Z3: Πρώτη μείωση

Z4: Δεύτερη μείωση

Αρχικά έγινε η καταγραφή των προσωπικών καταθέσεων-μαρτυριών του υπό έρευνα πληθυσμού.

Ακολούθησε η κωδικοποίηση του υλικού με τη μεταφορά των προσωπικών καταθέσεων του υλικού σε σύντομες γραμματικές προτάσεις/φόρμες (Παράφραση). Έπειτα έγινε η γενίκευση των παραφράσεων σε οριζόμενο αφαιρετικό επίπεδο έτσι ώστε οι γενικεύσεις να αντικατοπτρίζουν το αρχικό υλικό (γενίκευση).

Τέλος ακολούθησε η μείωση και ο σχηματισμός κατηγοριών οι οποίες προσδιορίζουν την πολύπλευρη διάσταση του φαινομένου που μελετούμε και δίνουν απάντηση στις ερευνητικές ερωτήσεις.

Η Ανάλυση Περιεχομένου στην ουσία είναι διαδικασία κατηγοριοποίησης, ως εκ τούτου, αφορά τη μετατροπή του κειμένου σε κατηγορίες, που εκφράζουν ένα συγκεκριμένο σύστημα κωδικοποίησης. Στην αρχική διαμόρφωση των κατηγοριών στην παρούσα έρευνα, συντέλεσαν οι ισχύουσες γνώσεις για το υπό έρευνα θέμα, όπως αυτές διατυπώθηκαν στο θεωρητικό μέρος της εργασίας. Αυτές δοκιμάστηκαν στα δεδομένα και ανάλογα με το πόσο κατάλληλες κρίθηκαν τροποποιήθηκαν, προστέθηκαν νέες και οριστικοποιήθηκαν. Η τελική τους μορφή είναι αποτέλεσμα της συνεχούς διαπλοκής θεωρίας και δεδομένων. Έτσι η μέθοδος ανάλυσης που επιλέχθηκε συνδυάζει στοιχεία ποιοτικής και ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου.

Αποτελέσματα

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει το είδος της έρευνάς μας ανήκει σ' αυτό της ποιοτικής έρευνας με τη χρήση δομημένων συνεντεύξεων, από τις οποίες προέκυψαν και οι συγκεκριμένες αναφορές των φοιτητών και οι αντίστοιχες 4 κατηγορίες (θεματικές ενότητες) που θα αναπτύξουμε παρακάτω. Προκειμένου να μην γίνει αντιληπτό το ποιος φοιτητής είναι αυτός που έδωσε τη συγκεκριμένη απάντηση, έχουμε «κωδικοποιήσει» τις αναφορές ως «Συνέντευξη Νο 1», «Συνέντευξη Νο 2», κ.ο.κ. Από την καταγραφή που ακολούθησε, επιλέξαμε για κάθε μία από τις 4 κατηγορίες που προέκυψαν (θεματικές ενότητες), ορισμένες χαρακτηριστικές φράσεις που χρησιμοποίησαν οι φοιτητές και αναφέρουμε και το ποιος φοιτητής το έχει αναφέρει.

Γενικά, οι περισσότεροι φοιτητές έχουν μια ιατροκεντρική άποψη για τη φροντίδα και εγκλωβίζονται μάλλον στην αντίληψή της ως «κάτι που αφορά μόνο τον άρρωστο», ενώ κάτι τέτοιο δεν υπαγορεύεται από τις ερωτήσεις μας. Όλα τα παρακάτω γίνονται σαφή από στην ανάλυση που θα ακολουθήσει.

Φροντίδα είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς

Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων απαντά ότι η φροντίδα ταυτίζεται με την κάλυψη των αναγκών του ασθενούς. Είναι προφανές ότι κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών σπουδών τονίζεται ιδιαίτερα μέσα από το curriculum ότι ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να καλύπτει τις ανάγκες του ασθενούς. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να είναι πρακτικές, όπως η διευκόλυνση του κατακεκλιμένου ασθενούς στο να αλλάξει θέση, η βοήθεια στη σίτισή του, η βοήθειά του στο να τηλεφωνήσει στους συγγενείς του κτλ. Ορισμένοι από τους φοιτητές (οι Σ.4, Σ.7, Σ.17 και Σ.25) τονίζουν το αυστηρά νοσηλευτικό τμήμα της φροντίδας, όπως τον τακτό έλεγχο της βατότητας της ενδοφλέβιας γραμμής, την επιμελή χορήγηση των φαρμάκων και την εκτέλεση των εντολών των ιατρών, την επαγρύπνηση για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από την χορήγηση φαρμάκων, την ενημέρωση των ιατρών

σε περίπτωση αλλαγής της κατάστασης του ασθενούς (πχ την ελάττωση του επιπέδου συνείδησης ενός προηγουμένως φυσιολογικού ασθενούς), κτλ.

Για παράδειγμα, στη Σ.4 αναφέρει: «αν θέλεις να λες ότι είσαι σωστός νοσηλευτής, θα πρέπει να είσαι άψογος με τα **κυρίως** νοσηλευτικά σου καθήκοντα, δηλαδή, να μοιράσεις τα φάρμακα σωστά και στην ώρα τους, να συμπληρώσεις σωστά το νοσηλευτικό βιβλίο κτλ. Τι να το κάνω, πες μου, αν χαϊδεύεις τον ασθενή και του δώσεις αντί για thyrohormone το Thyrostat και ο ασθενής πέσει σε υποθυρεοειδικό κώμα; Το έχω δει να συμβαίνει, γι' αυτό και στο αναφέρω». Αντίστοιχα, στη Σ.17 υπογραμμίζει: «ξέρεις ποιους νοσηλευτές παραδέχομαι; Αυτούς που είναι γάτα στο να βρίσκουν φλέβα, ιδίως αν το περιστατικό είναι επείγον, ο γιατρός ουρλιάζει βρείτε μου φλέβα ΤΩΡΑ, και οι νοσηλεύτριες κοιτιούνται και λένε: φώναξε τη Μαρία. Ε, λοιπόν, όταν έρχεται η Μαρία η φλέβα βρίσκεται και όλα μετά κυλούν ομαλά. Αυτό θα πει σωστή νοσηλευτική φροντίδα, κι εσύ είσαι και αγενής ως νοσηλευτής. Δεν θα πάθει κάποιος κάτι από αυτό».

Την αποκλειστικά ιατροκεντρική αυτή προσέγγιση υιοθετούν κάποιοι από τους φοιτητές, κυρίως οι άνδρες, κάτι που κατά τη γνώμη μας είναι λανθασμένη, μιας και η ιατροκεντρική προσέγγιση της νοσηλευτικής επιστήμης είναι παρωχημένη και ταυτίζεται με ένα μηχανιστικό πρότυπο που επικεντρώνεται στην ασθένεια και όχι στον άρρωστο. Τέλος, υπάρχουν φοιτητές που τονίζουν ότι φροντίδα είναι η κάλυψη όλων των αναγκών του ασθενούς ολιστικά, ως σώμα, ως ψυχή και ως πνεύμα (συγκεκριμένα οι Σ.2, Σ.9 και Σ.18).

Για παράδειγμα, η φοιτήτρια της Σ.2 μας είπε: ως παράδειγμα νοσηλεύτριας για εμένα είναι η Χριστίνα: μπορεί να μην κάνει 10 αιμοληψίες σε 10 λεπτά, αλλά είναι καλή στη δουλειά της και αντιμετωπίζει τον ασθενή ως άνθρωπο, ολιστικά, και όχι ως μια χαλασμένη μηχανή που θέλει φτιάξιμο, που ξέρει πότε να μιλήσει στον ασθενή και πότε να σωπάσει». Αντίστοιχα, είναι και τα λόγια της φοιτήτριας της Σ.9: ο ασθενής πρώτα είναι άνθρωπος και μετά ασθενής: πριν να μιλήσω σε έναν ασθενή σκέφτομαι πόσο δύσκολο είναι γι' αυτόν να νοσηλεύεται, να είναι σε ένα κρύο, απρόσωπο και αφιλόξενο περιβάλλον και προσπαθώ να σκεφτώ και να ικανοποιήσω κάθε ανάγκη του, ψυχική ή σωματική. Όχι ότι τα καταφέρνω βέβαια...»

Οι φοιτητές αυτοί, κυρίως γυναίκες, επισημαίνουν την ανάγκη κάλυψης όλου του είδους των αναγκών του ασθενούς, τονίζοντας παράλληλα την έννοια της προληπτικής αναζήτησης και κάλυψης των αναγκών αυτών, πριν ακόμη ο ασθενής προβάλλει την ανάγκη αυτή και ζητήσει την κάλυψή της. Μπορεί αυτό να ακούγεται μάλλον ουτοπικό και σχεδόν αδύνατο, αποτελεί όμως κατά τη γνώμη μας την πεμπτουσία της νοσηλευτικής επιστήμης και τέχνης.

Περνώντας και στη σχετική βιβλιογραφία, σύμφωνα με αναφορά του Raftopoulos (2005), η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες επιτελείται όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι φροντίδες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες. (Raftopoulos 2005)

Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μία βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Εξάλλου, οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πρόθυμοι να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στην θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας. (Κοτρώτσιου & συν. 2008)

Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το σημείο, όπου οι γενικές και οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών ταυτίζονται και εξαρτάται άμεσα από το κλινικό αποτέλεσμα.

Ο Αριστοτέλης έγραψε για τη φύση της ευτυχίας και τι απαιτείται προκειμένου οι άνθρωποι να έχουν μία «καλή ζωή». Για τον Αριστοτέλη, όπως και για πολλούς φιλοσόφους από τότε, ο πρωταρχικός στόχος ήταν να επιτευχθεί η υψηλότερη κατάσταση ή το «αγαθό» που οι περιστάσεις επέτρεπαν. Το πρόσωπο που πέτυχε αυτόν τον στόχο είχε την καλύτερη ποιότητα ζωής. Το ίδιο ισχύει και για τον ασθενή. Κατά συνέπεια, το υψηλότερο αγαθό για τον άρρωστο πρέπει να είναι η επιβεβαίωση της ζωής μάλλον, παρά η εμπλοκή σε δυσμενείς περιστάσεις που δημιουργούνται από την ασθένεια και τη θεραπεία της. (Ιωαννίδη 2010)

Στην επιστήμη της νοσηλευτικής, στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Αυτό είχε ως

αποτέλεσμα να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών. Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα. (Bacon & Mark 2009)

Η συνεχόμενη όμως πρόοδος της τεχνολογίας, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. (Κοτρώτσιου & συν. 2008)

Η Τσιριντάνη (2010) αναφέρει ότι, η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να καθορίσει το αποτέλεσμα της φροντίδας και το επιθυμητό επίπεδο υγείας τους, έτσι λοιπόν η ικανοποίηση του ασθενούς είναι :

- ιδιότητα της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα,
- δείκτης της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την φροντίδας και
- προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Η ικανοποίηση λοιπόν είναι μια αντίληψη του ασθενούς, την οποία οι νοσηλευτές θα πρέπει να την λαμβάνουν σοβαρά υπόψη έτσι ώστε να του προσφέρουν την μέγιστη δυνατή φροντίδα κατά την διάρκεια της νοσηλείας του.

Η νοσηλευτική φροντίδα ως ποιότητα

Μία ακόμη θεματική ενότητα που προκύπτει από τις συνεντεύξεις είναι αυτή της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας ως ποιότητας. Η ποιότητα αυτή, με βάση τις απαντήσεις μπορεί να διακριθεί σε «τεχνική ποιότητα» και «διαπροσωπική ποιότητα». Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (2004) ορίζεται ως *«ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των*

επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημολογική γνώση». (Λιαρόπουλος 2007)

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας συνίσταται σε δύο διαστάσεις:

- την τεχνική ποιότητα (technical quality) και
- τη διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal quality).

Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής αυτών των στρατηγικών. Η διαχείριση της διαπροσωπικής σχέσης είναι το δεύτερο συστατικό της ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Μέσω της διαπροσωπικής ανταλλαγής, ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες απαραίτητες για τις προτιμήσεις του, κάτι που θεωρείται αναγκαίο για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. (Λιαρόπουλος 2007).

Αναφορικά με την «τεχνική ποιότητα», λάβαμε τις ακόλουθες απαντήσεις από τους φοιτητές: Μια φοιτήτρια συγκεκριμένα μας είπε: Η νοσηλεύτρια Δήμητρα έχει πραγματικά ποιότητα στη δουλειά της, δηλαδή λειτουργεί πάντοτε, από το ευκολότερο ως το δυσκολότερο περιστατικό, με ένα συγκεκριμένο τρόπο, αυτό που οι Άγγλοι λένε pattern. Έτσι, αποκλείεται να της ξεφύγει κάτι. Δηλαδή, πάντοτε κοιτάζει σχολαστικά τις αγωγές των ασθενών, ακόμη κι αν αυτοί είναι μέσα 10 ημέρες και λαμβάνουν την ίδια αγωγή. Κοιτάζει το βιβλίο νοσηλείας και ρωτάει πάντοτε τον υπεύθυνο γιατρό για το αν η αγωγή χρειάζεται αναθεώρηση. Γι' αυτό και ποτέ στη βάρδια της δεν συμβαίνουν «περίεργα» λάθη.

Εκτός όμως από την έννοια αυτή της «τεχνικής ποιότητας», υπάρχει, όπως αναφέραμε και η «διαπροσωπική ποιότητα», η οποία δεν αναφέρεται σε γνώσεις και δεξιότητες, αλλά κυρίως σε ένα αίσθημα οικειότητας διαπροσωπικής με κάποιους νοσηλευτές, οι οποίοι είναι προσηνείς, φιλικοί, και συμπαθητικοί με τους ασθενείς, εμπνέοντας με τον τρόπο αυτό ασφάλεια στη νοσηλευτική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα μας αυτά βρίσκονται σε απόλυτη συμφωνία με την σύγχρονη βιβλιογραφία, αναφορές της οποίας σταχυολογούμε παρακάτω. Είναι χαρακτηριστικό ότι, στο χώρο της υγείας, ο όρος ποιότητα ζωής απευθύνεται σε όλες εκείνες τις ανθρώπινες ανάγκες που συχνά έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Κοτσαμπασάκη 2006).

Επίσης, η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησής του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, θέλουν να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του (Σαρρής Μ, 2001). Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, οι οποίες επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη νοσηλευτική φροντίδα. (Σαρρής Μ, 2001).

Η νοσηλευτική φροντίδα ως ασφάλεια

Στη θεματική αυτή ενότητα, η νοσηλευτική φροντίδα ταυτίζεται με την έννοια της ποιότητας και της ασφάλειας. Γενικώς, οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να παρέχει στον ασθενή ασφάλεια. Εδώ όμως σταματούν οι ομοιότητες μεταξύ των απαντήσεων και αρχίζουν οι αποκλίσεις. Οι φοιτητές δεν έχουν την ίδια αντίληψη για την έννοια της ασφάλειας. Οι περισσότεροι από αυτούς συνδέουν την ασφάλεια με την υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Αρκετοί φοιτητές αναφέρονται στην έννοια της ασφάλειας ως εξειδικευμένες γνώσεις και δεξιότητες από την πλευρά των νοσηλευτών σχετικά με τη δουλειά τους (Σ.4, Σ.5, Σ.9, Σ.17, Σ.20, Σ.23, Σ.24, Σ.28, Σ.30). Οι άριστες αυτές γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες εύκολα μπορούν να διαπιστωθούν από τον ασθενή και τους συνοδούς τους ιδιαίτερα σε περίπτωση που παραστεί ανάγκη (όπως για παράδειγμα την αποτροπή της ασφυξίας κάνοντας αναρρόφηση σε ασθενή που φέρει τραχειόστομο το οποίο έχει αποφραχθεί), εμποδώνουν την αίσθηση ασφάλειας στον ασθενή και τους συνοδούς: Για παράδειγμα, ο εύλωτος φοιτητής της Σ.4 μου ανέφερε ένα περιστατικό που έτυχε να ακούσει: «ευτυχώς σήμερα έχει βάρδια η Κατερίνα. Προχθές κόντεψε να πεθάνει ο άνδρας μου γιατί έφραξε η τραχειοστομία

και αμέσως του έκανε αναρρόφηση, τον χτύπησε στην πλάτη και βγήκε το φλέμμα. Να' ναι καλά η κοπέλα, τον έσωσε». Επίσης, ο φοιτητής της Σ.30 ανέφερε: «είναι σημαντικό να ξέρεις τι ακριβώς κάνεις στον ασθενή και γιατί το κάνεις. Δεν συμφωνώ με την άποψη ότι ο γιατρός έχει την ευθύνη και εμείς εκτελούμε μόνο τις εντολές του. Για μένα, δεν είναι ζήτημα ευθύνης. Ακόμη και ο γιατρός είναι άνθρωπος και μπορεί να κάνει λάθη. Εμείς πρέπει να λειτουργούμε ως δικλείδα ασφαλείας, για να μην γίνει κάποιο ολέθριο λάθος σε έναν ασθενή. Γι' αυτό πρέπει να έχουμε και αρκετές γνώσεις».

Τα αποτελέσματά μας βρίσκονται σε συμφωνία με τη σύγχρονη βιβλιογραφία. Σύμφωνα, λοιπόν με την Taylor et al, η ασφάλεια αποτελεί βασική ανθρώπινη ανάγκη. Η ασφάλεια πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλο το εύρος της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και αποτελεί ευθύνη των νοσηλευτών. Ζητήματα ασφάλειας αφορούν όλους τους χώρους παροχής φροντίδας και όλες της ηλικιακές ομάδες. Η γνώση, ο εντοπισμός και η διόρθωση επισφαλών καταστάσεων μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας των δομών του συστήματος υγείας πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα όχι μόνο ατομική αλλά και κοινωνική. (Taylor et. all. 2006).

Η νοσηλευτική φροντίδα ως επικοινωνία

Ένα ακόμη στοιχείο που τονίζεται από αρκετούς φοιτητές είναι ότι η σωστή νοσηλευτική φροντίδα στηρίζεται στη σωστή επικοινωνία νοσηλευτή- ασθενούς αλλά και νοσηλευτή και συνοδών του ασθενούς.. Αρκετοί φοιτητές, ζητώντας τους να περιγράψουν την έννοια της σωστής επικοινωνίας ανέφεραν τα εξής: ο φοιτητής της Σ.5 είπε ότι «σωστή επικοινωνία είναι να ξέρεις πότε να μιλάς και πότε απλώς να ακούς». Ο φοιτητής της Σ.14 είπε ότι «Επικοινωνία είναι και το να κάθεται απλώς δίπλα στον ασθενή κοιτώντας τον». Για το φοιτητή της Σ.26 «Επικοινωνία είναι να περνάς αρκετή ώρα με τον ασθενή». Κάποιοι από τους φοιτητές αναφέρουν επίσης την επικοινωνία ακόμη και ως απάντηση στο πρώτο γενικό ερώτημα της συνέντευξης: «τι κατά τη γνώμη σας είναι η νοσηλευτική φροντίδα;», (για παράδειγμα Σ.13, Σ.16 και Σ.22) κάτι που αποδεικνύει τη σπουδαιότητα της

επικοινωνίας, προκειμένου να θεμελιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και οικογένειας με τον νοσηλευτή, κάτι που θα οδηγήσει σε καλύτερη συνεργασία τους, σε κατανόηση των πολύπλοκων πολλές φορές οδηγιών προς τους συνοδούς για τη φροντίδα του ασθενούς στο σπίτι του και, τελικά, στο ζητούμενο, που είναι η ανάρρωση του ασθενούς. Κάτι που επίσης τονίζεται από κάποιους φοιτητές είναι ότι η επικοινωνία θα πρέπει να είναι ειλικρινής και την διαχωρίζουν από την τυπική πολλές φορές ευγένεια, στην οποία επαναλαμβάνονται απαράλλακτα μοτίβα σε όλους τους ασθενείς. Για παράδειγμα ο φοιτητής της Σ.16 ανέφερε το εξής παράδειγμα ως αντιπαράδειγμα σωστής επικοινωνίας: «καλημέρα κ. Κώστα. Πώς κοιμηθήκατε το βράδυ;... Καλημέρα κ. Θανάση. Πώς ήταν η νύχτα σας;». Αντίθετα, υποστηρίζουν οι φοιτητές αυτοί, ο κάθε ασθενής θα πρέπει στα πλαίσια της καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστό πρόσωπο και η επικοινωνία να είναι περισσότερο προσωποποιημένη και στοχευμένη σ' αυτό. Για παράδειγμα (και πάλι ο φοιτητής της Σ.16): «καλημέρα κ. Κώστα. Έμαθες που νίκησε ο ΠΑΟΚ χθες. Πιστεύω να το άκουγες στο ραδιόφωνο έτσι; Έπρεπε να δεις το γκολ του Σαλπιγγίδη» ή «Καλημέρα κ. Θανάση; Είναι καλύτερα ο πόνος σου με το παυσίπονο που σου έδωσε χθες ο γιατρός. Αν συνεχίζεις να πονάς, μπορείς να πάρεις κι άλλο μου είπε να σου πω».

Περνώντας τώρα στη βιβλιογραφία, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να δημιουργεί διαύλους επικοινωνίας με τον ασθενή, να αποκωδικοποιεί λεκτικές και μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας και να τις μεταβιβάζει στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Η λεκτική επικοινωνία τόσο με τον ασθενή όσο και με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας βοηθά το νοσηλευτή να κατανοήσει και να αξιολογήσει την επίδραση των παρεμβάσεών του και την αποτελεσματικότητά τους. Αλλά και οι μη λεκτικές μορφές επικοινωνίας είναι επίσης αυτές που αποτελούν τη βάση και ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος, και έχει βαρύνουσα σημασία η αποκωδικοποίηση του μηνύματος και η μετάδοση του στον δέκτη. (Yahui 2009).

Όλα τα παραπάνω βοηθούν στην καλύτερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή και στην πιο γρήγορη ανάρρωσή του. Όπως βλέπουμε, οι απαντήσεις των φοιτητών ταυτίζονται με την σύγχρονες βιβλιογραφικές αντιλήψεις σχετικά με την επικοινωνία και την συνακόλουθη εμπιστοσύνη.

Η νοσηλευτική φροντίδα ως εμπιστοσύνη

Συναφές με το ζήτημα της επικοινωνίας είναι αυτό της εμπιστοσύνης. Όταν υπάρχει σωστή επικοινωνία νοσηλευτή, ασθενούς και οικογένειας του ασθενούς, επέρχεται και ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ τους, κάτι που με τη σειρά της εμπεδώνει περαιτέρω το αίσθημα ασφάλειας τους.

Σταχυολογώντας τις απαντήσεις των φοιτητών σχετικά με το ζήτημα της εμπιστοσύνης, ένας φοιτητής ανέφερε: Μου αρέσουν οι νοσηλευτές που εμπνέουν εμπιστοσύνη. Για παράδειγμα, χθες μου έκανε εντύπωση το ότι μια ασθενής φώναξε έναν συγκεκριμένο νοσηλευτή και του ζήτησε να τηλεφωνήσει από το κινητό της στην κόρη της και να της αναφέρει κάτι πολύ προσωπικό. Ο νοσηλευτής δεν μας είπε το περιεχόμενο της συζήτησης με την κόρη, ούτε και άνοιξε συζήτηση για το θέμα αυτό. Απέδειξε επομένως, ότι ορθώς μπορεί ο ασθενής να του έχει εμπιστοσύνη, αφού επέδειξε τέτοια εχεμύθεια.

Περνώντας και στη σχετική με το ζήτημα βιβλιογραφία, ο Yahui αναφέρει ότι η Νοσηλευτική ως πράξη είναι και επικοινωνία, με στόχο τη δημιουργία σχέσης φροντίδας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή. Όλες οι προσπάθειες των νοσηλευτών επικεντρώνονται στο να διαμορφωθεί μια σχέση επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και των ιδίων ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι που από κοινού έθεσαν ως προτεραιότητα τους. (Yahui 2009).

Η νοσηλευτική φροντίδα ως αγάπη

Μια μερίδα των φοιτητών στο αρχικό κύριο ερώτημα της εργασίας απάντησε ότι αντιλαμβάνεται τη νοσηλευτική φροντίδα ως αγάπη (Σ.1, Σ.12). Οι απαντήσεις αυτές αποτελούν μεμονωμένες περιπτώσεις, στην ποιοτική όμως έρευνα έχουν ιδιαίτερη σημασία και μπορεί να αποκαλύψουν πολλά και την εν γένει προσωπικότητα του ερωτώμενου. Έτσι, οι δύο φοιτητές που απάντησαν ότι αντιλαμβάνονταν τη νοσηλευτική φροντίδα ως αγάπη ήταν γυναίκες και μελετώνται περισσότερο οι συνεντεύξεις τους, και αναφέρουμε τα εξής:

Η μία από τις δύο (Σ.1) τόνιζε ιδιαίτερα τον τομέα της αγάπης και στοργής στη νοσηλευτική φροντίδα, δίνοντας βάρος μόνο σ' αυτό που ονομάσαμε διαπροσωπική ποιότητα και αγνοώντας τελείως τις εκφάνσεις της «τεχνικής ποιότητας»: δεν

αναφέρει ποτέ τη λέξη γνώσεις, δεξιότητες, δεν χρησιμοποιεί ποτέ νοσηλευτικούς όρους, πχ «βρήκα φλέβα», «καθάρισα κατακλίσεις», σε σημείο που αν δεν ανέφερε τον όρο ασθενείς, να μην γίνεται αντιληπτό ότι πρόκειται για φοιτήτρια νοσηλευτικής που μιλάει για τη νοσηλευτική φροντίδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα ως βοήθεια

Τρεις από τους φοιτητές ανέφεραν την έννοια της νοσηλευτικής ως βοήθεια. Οι δύο από αυτούς ήταν άνδρες (Σ.4, Σ.25, Σ.30). Μελετήσαμε ομοίως εκτενέστερα τις συνεντεύξεις τους. Ένα κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν απάντησαν τίποτα στην τελευταία ερώτηση, που αφορούσε τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Φάνηκε ότι οι φοιτητές αυτοί έδιναν μεγαλύτερο βάρος στην «τεχνική ποιότητα», δηλαδή στις γνώσεις και στις δεξιότητες, παρά στην κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών. Επίσης, στο ερώτημα σχετικά με την ασφάλεια, έδωσαν αποκλειστικό βάρος στο αυστηρά τεχνικό κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ δεν υπήρχε καμία αναφορά σε ψυχολογικές ή πνευματικές ανάγκες ή στη σημασία της ανθρώπινης, προσωπικής επικοινωνίας. Ομοίως και στο ερώτημα που αφορούσε την εμπιστοσύνη, οι απαντήσεις τους είχαν αποκλειστικά περιεχόμενο «για να σε εμπιστευτεί ο ασθενής πρέπει να ξέρεις άριστα τη δουλειά σου». Στο θέμα της συνεργασίας με τον ασθενή και την οικογένειά του και πάλι οι απαντήσεις ήταν αυστηρά «τεχνοκρατικές»: Σ.4: « η συνεργασία θα πρέπει να εξαντλείται αποκλειστικά στη παροχή των κατάλληλων οδηγιών- συμβουλών. Δεν νομίζω ότι πρέπει να ξεφεύγουμε από τα όρια αυτά. Η πολύ οικειότητα, για παράδειγμα το να ρωτάς τον ασθενή για οικογενειακά του θέματα και να τον αφήνεις να σε ρωτάει κι αυτός, πχ αν είσαι παντρεμένος και πόσα παιδιά έχεις, είναι απαράδεκτο και λάθος. Τα όρια είναι αυστηρά: αυτός είναι ο ασθενής και εσύ είσαι ο νοσηλευτής. Δεν είμαστε φίλοι, η θέση του καθενός είναι ξεκάθαρη και δεν πρέπει να ξεπερνιούνται κάποια όρια.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα συμπεράσματα από την έρευνά μας βρίσκονται σε αναλογία με αυτά της σύγχρονης σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας. Οι θεματικές ενότητες που αναπτύξαμε παραπάνω βρίσκουν αρκετές ομοιότητες σε ανάλογες ελληνικές αλλά και διεθνείς ερευνητικές μελέτες, δείχνοντας ότι, παρά τις μεγάλες κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων χωρών, υπάρχουν αρκετά κοινά στοιχεία. Για παράδειγμα, αναφερθήκαμε εκτενώς στην πρώτη ενότητα στην έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας ως ικανοποίηση αναγκών. Ίσως, οι περισσότερες απαντήσεις που λάβαμε από τους φοιτητές επισήμαναν αυτό ακριβώς το σημείο. Οι ποιοτικές όμως έρευνες δεν ενδιαφέρονται για την ποσοτικοποίηση των δεδομένων, όσο για την εις βάθος ανάλυσή τους. Όπως επισημαίνουν και οι Κουμανδράκη και συν (2004) η εκπλήρωση αναγκών μπορεί επίσης να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των αρρώστων, σχετικά με τις προσδοκίες τους. (Κουμανδράκη & συν. 2004). Αναφορικά με την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας ως ποιότητα, που επίσης επισημάνθηκε από πολλούς φοιτητές, αξίζει να αναφέρουμε την αναφορά της Κουμανδράκη: Η ανάγκη διεύρυνσης του ενδιαφέροντος της ιατρικής επιστήμης και πράξης με εμπλουτισμό του παραδοσιακού-μηχανιστικού μοντέλου, που στοχεύει μόνο στην εξάλειψη της νόσου και των συμπτωμάτων της, με την ολιστική προσέγγιση του πάσχοντος, και την έμφαση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας έχει διαφανεί πριν από αρκετά χρόνια. (Κοτσαμπασάκη 2006).

Από αρκετούς φοιτητές τέθηκε το ζήτημα της ασφάλειας στη νοσηλευτική φροντίδα. Όπως είδαμε, κάθε φοιτητής αντιλαμβάνεται διαφορετικά από τους άλλους την έννοια της ασφάλειας. Όπως όμως επισημαίνει και ο Gassay, υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία στην έννοια της ασφάλειας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Τα στοιχεία αυτά είναι: Ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής και δέχεται την νοσηλευτική φροντίδα όταν υπάρχει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διότι γι' αυτόν :

- ασφάλεια σημαίνει την πρόληψη μετάδοσης μικροβίων και ασθενειών
- ασφάλεια σημαίνει την αποφυγή και μείωση κινδύνων για την υγεία γενικά
- ασφάλεια σημαίνει αποτελεσματική θεραπεία
- η ασφάλεια σημαίνει ο ίδιος ο ασθενής να βιώνει το αίσθημα της ασφάλειας στο χώρο του νοσοκομείου. (Gasey 2007).

Τέλος, από πολλούς φοιτητές τέθηκε το ζήτημα της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Η παράμετρος αυτή επίσης επισημαίνεται ως πολύ σημαντική από σύγχρονους ερευνητές. Για παράδειγμα, ο Woodward αναφέρει ότι ο νοσηλευτής αναλαμβάνει συχνά να μεταφέρει και να επεξηγήσει στον ασθενή πολύπλοκες ορολογίες λαμβάνοντας υπόψη πάντοτε το γνωστικό και κοινωνικό επίπεδο του ίδιου και του περιβάλλοντός του, χωρίς να υπάρχει διάθεση απόκρυψης ή αλλοίωσης της εννοιολογικής τους σημασίας. Απώτερος στόχος του είναι να παραμείνει σαφής, ακριβής, και αντικειμενικός, χαρακτηριστικά που δεν αποκλείουν αλλά φέρνουν στην επιφάνεια άλλη μια μορφή του νοσηλευτή, αυτή του συνηγόρου του ασθενούς. (Woodward 2009).

Συγκρίνοντας την μελέτη μας με τις δύο πιο σχετικές μελέτες της σύγχρονης βιβλιογραφίας, τις οποίες έχουμε περιγράψει στο πρώτο- γενικό μέρος της εργασίας, διαπιστώνουμε ότι τα αποτελέσματά μας είναι ανάλογα τόσο με τη μελέτη των Elcigil & Sari (2007), όσο και με των Watson & Lea (1998). Και στις δύο αυτές μελέτες τονίστηκε από τους φοιτητές της νοσηλευτικής ότι υπάρχουν δύο κύριες διαστάσεις στην παροχή φροντίδας, η «ψυχοκοινωνική» (κατά Watson & Lea) ή «επαγγελματική/ βοηθητική σχέση» (κατά Elcigil & Sari) και η «επαγγελματική και τεχνική διάσταση» (κατά Watson & Lea) ή «τεχνική δεξιότητα» (κατά Elcigil & Sari). Στη δική μας μελέτη, μπορεί οι δύο αυτές κατηγορίες να μην καθίστανται τόσο ευδιάκριτες, αλλά τα θέματα τα οποία τέθηκαν από τους φοιτητές (ικανοποίηση αναγκών ασθενούς, ποιότητα, ασφάλεια, επικοινωνία, εμπιστοσύνη, αγάπη, βοήθεια) μπορούν επίσης να κατηγοριοποιηθούν επίσης ως ψυχοκοινωνική και επαγγελματική διάσταση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι νοσηλευτές έχουν ένα ρόλο κλειδί στην ομάδα φροντίδας υγείας, διότι προωθούν την ευζωία του ασθενή. Για να εκπληρώσουν αυτό το ρόλο, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ηθικοί πάντα, ώστε να βεβαιώνουν το ότι η φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς ακολουθεί το συμφέρον τους. Στην ερώτηση για την γνώμη τους για την φροντίδα οι φοιτητές στο ΣΤ' Εξάμηνο ήταν πιο κατασταλαγμένοι στις απόψεις τους από τους φοιτητές των δύο μικρότερων εξαμήνων δηλαδή οι περισσότεροι απάντησαν ότι η Φροντίδα προστατεύει τους ασθενείς και ότι προαγάγει την υγεία και την ευεξία τους. Βέβαια, το γεγονός ότι οι φοιτητές είναι πιο κατασταλαγμένοι για το τι είναι βοήθεια δεν σημαίνει ότι είναι και σωστό, μιας και η ερώτηση τέθηκε γενικά: τι αποτελεί για εσάς φροντίδα και δεν αναφέρονταν συγκεκριμένα σε φροντίδα ασθενών. Είναι χαρακτηριστικό ότι όσο μεγαλύτερο ήταν το έτος των σπουδών τόσο περισσότερο ασθενοκεντρικές και ιατροκεντρικές ήταν οι απαντήσεις που δίνονταν από τους φοιτητές. Δηλαδή, μπορεί στη θεωρία να κάνουν λόγο για ολιστική φροντίδα αλλά είναι γεγονός ότι έχουν σχηματοποιημένο στο μυαλό τους ένα μηχανιστικό πρότυπο της νοσηλευτικής, που τους εγκλωβίζει σε έναν συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και πράξης. Άλλωστε, το ερώτημά μας δεν αφορούσε μόνο ασθενείς, αλλά κάλλιστα θα μπορούσε να αναφέρεται και σε υγιή πληθυσμό.

Ίσως θα είχε ενδιαφέρον να πραγματοποιούνταν μία ακόμη εργασία στο μέλλον, με την εμπειρία μάλιστα που αποκτήθηκε από την εκπόνηση της παρούσας, με υλικό όχι φοιτητές της νοσηλευτικής, αλλά φοιτητές άλλων τμημάτων ή και μαθητές λυκείου, για να απαντήσουν στα ίδια ερωτήματα. Πιστεύω ότι τα αποτελέσματα θα ήταν εντελώς διαφορετικά και θα οδηγούσαν σε έναν ιδιαίτερα βαθύ προβληματισμό για την ιατροκεντρική κατεύθυνση που έχουν λάβει οι νοσηλευτικές σπουδές και για την ανάγκη ριζικής αναθεώρησής τους. Όμως, όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Περνώντας και στο στέρεο έδαφος που μπορεί να μας παρέχει η σύγχρονη βιβλιογραφία, στη θεωρία της η Watson, θεωρεί τον άνθρωπο ως ολότητα που

βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, και τη φροντίδα ως την πεμπτουσία της Νοσηλευτικής και το κεντρικό στοιχείο της κλινικής πρακτικής. Το επίκεντρο της θεωρίας προτείνει τη φροντίδα ως ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το ιδεώδες της φροντίδας περιλαμβάνει αξίες, θέληση για δέσμευση, γνώση και δραστηριότητες φροντίδας. Όλα αυτά τα στοιχεία καθοδηγούν τη νοσηλευτική πρακτική και εκφράζονται μέσα από αυτή, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται στη μοναδικότητα του κάθε ατόμου. Η Watson εισηγείται 10 παράγοντες φροντίδας, οι οποίοι σε συνδυασμό με την επιστημονική γνωσιολογική βάση και την κλινική επάρκεια καθοδηγούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες προς την προαγωγή της υγείας, πρόληψη ή/και φροντίδα της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας. Ανάμεσα στους συγκεκριμένους παράγοντες περιλαμβάνεται ένα ανθρωπιστικό, αλτρουιστικό σύστημα αξιών, η ενίσχυση της πίστης και της ελπίδας των ανθρώπων προς τον εαυτό τους και το άτομο, στοιχεία που τα φροντίζει η καλλιέργεια ευαισθησίας με στόχο την προαγωγή της αυτοανάπτυξης, η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, η έκφραση συναισθημάτων και η διατήρηση ενός υποστηρικτικού και προστατευτικού περιβάλλοντος με στόχο την προαγωγή της αρμονίας και της ευημερίας. Οι εν λόγω παράγοντες, κατά τη Watson, αποτελούν το ανθρωπιστικό σύστημα αξιών και την επιστημονική βάση που καθοδηγεί τις νοσηλευτικές πράξεις, ενώ το μοντέλο στηρίζεται στη φιλοσοφία του ανθρωπισμού η οποία αποτελεί κεντρικό στοιχείο της φροντίδας των ανθρώπινων υπάρξεων.

Η γνώμη των φοιτητών για τη φροντίδα είναι :

- *η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς*
- *η ποιότητα και η ασφάλεια του ασθενούς*
- *η επικοινωνία νοσηλευτή ασθενούς και η επίτευξη εμπιστοσύνης*
- *η νοσηλευτική φροντίδα ως αγάπη, στοργή και βοήθεια*

Η άποψή τους γιατί δίνετε τόσο μεγάλη έκταση στη νοσηλευτική για την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα, πιστεύουν πως η Νοσηλευτική Φροντίδα

προάγει την αίσθηση ασφάλειας των ασθενών, βοηθά στην γρήγορη ανάρρωση των ασθενών, δημιουργεί αίσθημα εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και βοηθά στη συνεργασία της οικογένειας του ασθενούς με τον νοσηλευτή.

Η επαγγελματική/βοηθητική σχέση με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους θεωρήθηκε μία ιδιαίτερα σημαντική πλευρά της φροντίδας από τους φοιτητές της νοσηλευτικής. ο στόχος της επαγγελματικής/βοηθητικής σχέσης είναι η παροχή βοήθειας και άνεσης προς τους ασθενείς. Ο σεβασμός, η συμπόνια, το ενδιαφέρον και η επικοινωνία θεωρήθηκαν τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας μίας βοηθητικής/επαγγελματικής σχέσης.

Οι φοιτητές πιστεύουν ότι η παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα ικανοποιεί τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή.

Ακόμη και σήμερα, ενώ αντιλαμβανόμαστε τι σημαίνει ο όρος ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, δεν είμαστε σε θέση να αποδώσουμε έναν σαφή και κοινά αποδεκτό ορισμό.

Ο Α. Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό.

Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Κατά τον Petersen η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Ο Guzman υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Στο νοσηλευτικό χώρο ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δίνει ο Risser, σύμφωνα με τον οποίο, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και συγκεκριμένα ικανοποίηση είναι η γνώμη του ασθενή για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, περίθαλψη και ποιότητα. Στην πραγματικότητα, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη χρήση υπηρεσιών υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων, καθώς και να βοηθήσει στη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ, Μ., ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ Ε., (2011). «Ψυχολογικά ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας.» Αθήνα: Εκδόσεις Δ. ΛΑΓΟΣ.

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Β., (2010). Διεπιστημονική προσέγγιση και συνεργατική διαχείριση ζητημάτων υγείας από την οπτική της ενταξιακής εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική. Βασικές θέσεις διδακτικού σχεδιασμού. Στο: «Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη». Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, σσ. 293-301.

ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ Β., (1997), «Υγιεινή και κοινωνική ιατρική», Τόμος δεύτερος, Κοινωνική Ιατρική, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη

ΚΟΛΛΙΑ – ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ, Ε.- Α., (2008), «Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις». Open Education- The Journal for Open and Distance Education and Educational Technology, **4** (1).

ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ, Σ., (2006). «Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Εξέλιξη και επιδράσεις στη μάθηση των φοιτητών της Νοσηλευτικής». Νοσηλευτική, **45** (3), 315–325.

ΚΟΤΡΙΩΤΣΙΟΥ, Σ., ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ, Θ., ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Ι., ΛΑΧΑΝΑ, Ε., ΚΥΠΑΡΙΣΗ, Γ., ΡΙΖΟΥΛΗΣ, Α., (2008). «Η έννοια της φροντίδας». Το Βήμα του Ασκληπιού, **7** σσ. 57–71.

ΚΟΥΜΑΝΔΡΑΚΗ, Α., ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ., ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ, Δ., (2004). «Ίκανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. Παπαγεωργίου». Νοσηλευτική, **43** (2) σσ. 237-245.

ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ, Λ., (2007). «Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας». Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

MANTZOYKAS, Σ., (2007). Ποιοτική Έρευνα σε έξι εύκολα βήματα. «Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση», Νοσηλευτική, **46** (1) σσ.88-98.

ΣΑΚΑΛΑΚΗ, Μ., (2006). Η ανάλυση Περιεχομένου. Στο: ΠΑΠΑΣΤΑΜΟΥ, Σ., (2006). «Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία: Επιστημολογικοί Προβληματισμοί και Μεθοδολογικές Κατευθύνσεις» τόμ. α'. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σσ. 477-493.

ΤΣΙΡΙΝΤΑΝΗ, Μ., ΓΙΟΒΑΝΗΣ, Α., ΜΠΙΝΙΩΡΗΣ, Σ., ΓΟΥΛΑ, Α., (2010). «Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών». Νοσηλευτική, **49** (1) σσ. 40-52.

ASADI-LARI, M., TAMBURINI, M., GRAY, D., (2004). «Patients' needs, satisfaction and health related quality of life: towards a comprehensive model». Health Qual Life Outcomes, **2** (32).

BENNER, P., (1984). «From Novice to Expert. Menlo Park», California: Addison-Wesley.

BRYMAN, A., CRAMER, D., (1997). «Quantitative Data Analysis with SPSS for Windows». London: Rutledge.

ELCIGIL, A., & SARI, H.Y., (2007). «Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey». Nurses Education Today, **27** pp. 491-498.

FIELD A. & MORSE J., (1985). Nursing Research: «The application of Qualitative Approaches», Chapman & Hall, Delta Place, United Kingdom

GASEY, D., (2007). «Issues in clinical nursing. Nurses' perceptions, understanding and experiences of health promotion». *Journal of Clinical Nursing*, **16** pp. 1039-1049.

GEEST, S. van der, (1985). «The definition of health». *Culture, Medicine and Psychiatry*, **9** (3) pp. 287-294.

KING I., (1971). «Toward a theory for nursing». New York, Wiley

KING, I., (1981). «A theory for nursing, systems, concept process». New York, Wiley

LARSON, P., (1984). «Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer». *Oncology Nursing Forum* **11** (6) pp. 46-50.

LEA, A., WATSON, R., (1996). «Caring research and concepts: a selected review of the literature». *Journal of Clinical Nursing*, **5** pp. 71-77.

LEA, A., WATSON, R., DEARY, I.J., (1998). «Caring in nursing: a multivariate analysis». *Journal of Advanced Nursing*, **28** pp. 662-671.

LEININGER, M., (1985). «Qualitative research methods in nursing». Orlando, FL, Grune Stratton.

MANNINEN, E., (1998). «Changes in nursing students' perceptions if nursing as they progress through their education». *Journal of Advanced Nursing*, **27** pp. 390-398.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B., (1993). «Historical and conceptual development of burnout». In: SCHAUFELI, W.B., MASLACH, C., MAREK, T. (eds), 1993. *Professional Burnout*. Washington: Taylor & Francis, pp. 1-18.

MASLACH, C., (1993). Burnout: «a multidimensional perspective». In: SCHAUFELI, W.B., MASLACH, C., MAREK, T. (eds), 1993. Professional Burnout. Washington: Taylor & Francis, pp. 19-32.

MAYRING, P., (2000). «Qualitative Content Analysis [online]». **1** (2). Available from:

<http://www.uts.utoronto.ca/~kmacd/IDSC10/Readings/text%20analysis/CA.pdf>

(accessed 15 November 2011)

MAYRING, P., (1997). «Qualitative Inhaltsanalyse Grundlage und Techniken». Weinheim & Basel: Beltz

MELIA, K., (1987). Learning and Working: «The Occupational Socialisation of Nurses». London: Tavistock,.

PHILLIPS, P., (1993). A deconstruction of caring. «Journal of Advanced Nursing», **18** pp. 1554-1558.

RAFTOPOULOS, V., (2005). «A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care». ICUS NURS WEB Journal, **22** pp. 1-15.

TAYLOR, C., LILLIS, C., LEMONE, P., Επιμέλεια: ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ, ΧΡ., ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΙΑΝΗ, Ε., (2006). «Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας». Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης.

WARELOW, P.J., (1996). «Is caring the ethical ideal»? Journal of Advanced Nursing, **24** pp. 655-661.

WATSON, J., (1988). «Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing». New York: National League for Nursing.

WATSON, R., LEA, A., (1997). «The caring dimension inventory (CDI): content validity, reliability and scaling». *Journal of Advanced Nursing*, **25** pp. 87-94.

WATSON, J., (1998). «Nursing: Human Science and Human Care». New York: National League for Nursing.

WILKES, L.M., WALLIS, M.C., (1998). «A model of professional nurse caring: nursing students' experience». *Journal of Advanced Nursing*, **27** pp. 582-589.

WHO, definition of health, <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html> accessed 18 January 2012

WOODWARD, J.L., (2009). «Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit». *Clinical Nurse Specialist*, **23** (4) pp. 200-206.

WOODWARD, V.M., (1997). «Professional caring: a contradiction in terms». *Journal of Advanced Nursing*, **26** pp. 999-1004.

YAHUI, S.H., (2009). «Taking patients' voices into account within quality systems: a comparative study». *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **22** (3) pp. 289-299.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Οι απαντήσεις στις παρακάτω ερωτήσεις θα χρησιμοποιηθούν στα πλαίσια έρευνας για μεταπτυχιακή εργασία και είναι ανώνυμες. Σας παρακαλώ όπως απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις.

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία
2. Φύλο
3. Εξάμηνο σπουδών

Β΄ ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Τι κατά τη γνώμη σας είναι η φροντίδα;.....
- Πόσο βάρος έχει δοθεί κατά τη γνώμη σας στο πρόγραμμα σπουδών σας στη φροντίδα.;.....
- Πιστεύετε πως η φροντίδα προάγει την αίσθηση ασφάλειας των ασθενών;.....
- Πως η φροντίδα βοηθά στην ανάρρωση των ασθενών;.....
- Πώς επιδρά η φροντίδα στη σχέση νοσηλευτών και ασθενή;.....
- Πως συνεργάζονται η οικογένεια του ασθενούς με τον νοσηλευτή στα πλαίσια της φροντίδας;

- Ποιες ανάγκες ικανοποιεί η παρεχόμενη φροντίδα (πχ. ικανοποιεί τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή);

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΦΟΙΤΗΤΗ

A/A	Παράφραση	Γενίκευση	Μείωση
1	επιλογή σχολής: κοντά στην πόλη μου και μου άρεζε	σχολή: εγγύτητα και κλίση	
2	οι πρακτικές με κουράζουν	πρακτικές: κούραση	
3	οι πρακτικές μου προσφέρουν γνώση και επαφή με ασθενείς	πρακτικές: γνώση και επαφή με ασθενείς	
4	μεγαλύτερη σημασία στη δουλειά μου η κατάρτισή μου	κατάρτιση: μεγίστης σημασίας	
5	φροντίδα είναι η βοήθεια για κάλυψη βασικών αναγκών	φροντίδα: βοήθεια-κάλυψη αναγκών	η νοσηλευτική φροντίδα
6	επιτακτική ανάγκη για σωστό χειρισμό στην παροχή Ν.Φ	Ν.Φ απαιτεί σωστό χειρισμό	
7	βοήθεια από άτομα που γνωρίζουν προάγει ασφάλεια	Ν.Φ από άτομα με γνώση: ασφάλεια	Ασφάλεια και ποιότητα
8	δημιουργούνται δεσμοί και ενισχύεται αίσθημα ασφάλειας	Ν.Φ. δημιουργεί δεσμούς: ασφάλεια	
9	νοσηλευτές ξέρουν να βοηθήσουν και καλυτερεύει η υγεία	Ν.Φ. με γνώση : ανάρρωση	
10	ασθενής συνεργάσιμος που ακολουθεί οδηγίες αναρρώνει	συνεργασία ασθενή: ανάρρωση	
11	ασθενής βλέπει νοσηλευτή 8ώρο ημερήσια και εμπιστεύεται	πολύωρη επαφή: εμπιστοσύνη	εμπιστοσύνη & επικοινωνία
12	ασθενής βλέπει να προσπαθούν γι' αυτόν και εμπιστεύεται	προσπάθεια και Ν.Φ.: εμπιστοσύνη	
13	Οικογένεια εμπιστεύεται και η επικοινωνία γίνεται εύκολη	Ν.Φ.: εμπιστοσύνη και επικοινωνία οικογένειας	
14	νοσηλευτής ενημερώνει οικογένεια για έκβαση της υγείας	ενημέρωση οικογένειας από νοσηλευτή	
15	Ν.Φ παρέχει ασφάλεια και της πληρότητας στους ασθενείς.	Ν.Φ.: πληρότητα ασθενή	

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

A/A	Παράφραση	Γενίκευση	Μείωση
1	επιλογή της σχολής ήταν καθαρά δική μου	σχολή-προσωπική επιλογή	η νοσηλευτική φροντίδα
2	κάποια μαθήματα που με δυσκολεύουν	δυσκολία: μαθήματα	
3	μεγάλο καλό η επαφή με τους ασθενείς	κέρδος: επαφή με ασθενείς	
4	το πιο σημαντικό κομμάτι της δουλειάς η φροντίδα	φροντίδα: μέγιστης σημασίας	
5	φροντίδα είναι η ανιδιοτελής προσφορά αγάπης & στοργής	φροντίδα: ανιδιοτέλεια-προσφορά	η νοσηλευτική φροντίδα
6	άρρηκτη σύνδεση νοσηλευτή και Ν.Φ.	Ν.Φ.: ταύτιση με νοσηλευτή	
7	Ν.Φ προάγει ασφάλεια λόγω εξειδίκευσης των νοσηλευτών	Ν.Φ εξειδικευμένων νοσηλευτών: ασφάλεια	
8	ύπαρξη ατόμων που προσέχουν ασθενή ενισχύει ασφάλεια	Ν.Φ ατόμων που προσέχουν: ασφάλεια	
9	προσεκτική και υπεύθυνη φροντίδα προάγει ανάρρωση	συνετή Ν.Φ: ανάρρωση	ασφάλεια & ανάρρωση
10	Ν.Φ. ενισχύει ψυχολογικό τομέα που προάγει την ανάρρωση	Ν.Φ. ενισχύει ψυχολογία: ανάρρωση	
11	συχνή επαφή δημιουργεί αίσθημα εμπιστοσύνης	συχνή επαφή: εμπιστοσύνη	
12	ασθενής λαμβάνει προσοχή-φροντίδα και έχει εμπιστοσύνη	είσπραξη Ν.Φ.: εμπιστοσύνη	
13	οικογένειας εμπιστεύεται λόγω καλής Ν.Φ και συνεργάζεται	εμπιστοσύνη οικογένειας λόγω Ν.Φ.: συνεργασία	εμπιστοσύνη
14	προσοχή στην υγεία, παραμερίζονται πνευματικές ανάγκες	επικέντρωση σε υγεία-όχι πνευματικές ανάγκες	
15	συζήτηση ασθενούς-νοσηλευτή και κατανόηση ηρεμεί	Ν.Φ: ηρεμία	